

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0045871

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M22 Société : A39480

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAIFI FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 062331923 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT 1127
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0391447

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DRIFI FATIMA
Matricule : 1127 Fonction : R Poste :
Adresse : Rue Groulmima, 502, casa
Tél. : 0693311983 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT


Nom & Prénom du patient : Dr DRIFI FATIMA
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : C. ischémique + HTA
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A : C. ischémique + HTA
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin :

VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° : 1127 N° 391447
Nom du patient :
Date de dépôt : 2070, 1 + visite
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des actes	Natures des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
01/11/22		55	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie ALFALAH Km 45 Casa-Azammour Lamharza Bir Jdid Tél. : 0661 392 612 INPE 112102264	01/11/22	2070,10.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

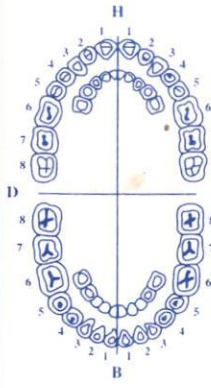
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

The diagram shows two dental arches, upper (H) and lower (B), with teeth numbered 1 through 16. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the bottom and 'G' on the right. The numbering starts from the center (1) and goes outwards to the sides (16).

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
D		G			
25533412		21433552			
00000000		00000000			
00000000		00000000			
35533411		11433553			
B					
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خرج كلية الطب بليب

طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

Le Dr. K. F. M. M.

Cardio 1/1
Aspirine 1/1

Lasix 1/4 1/2

Upren 400 x 2 (1/1) 405 (1/1) = 1215

Heperet x 2 39.80 x 3 = 119.40

Almoz 1 35.70 x 5 = 178.50

Stilux 1/1 56.60 x 2 = 113.20

Pharmacie ALFALAH
Km 45 Cas-Azammour
Lamarche Bir Jdid
Tél: 0661 392 612

Pharmacie ALFALAH
Km 45 Cas-Azammour
Lamarche Bir Jdid
Tél: 0661 392 612

Residence Jossim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1er étage - Casablanca - Maroc (Rue de la Foire Internationale - À côté de l'Hôpital Mly Youssef)

Tel: 05 22 20 35 84/88 - Urgences: 06 61 14 32 01 - E-mail: cardiosetti@yahoo.fr

CARDIOFLEX® 100 mg

Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

LASILIX SPECIAL 500MG

B30 CP

PPV : 302,00 DH



6 118001 082001

UPERIO® 100 mg

Comprimé pelliculé.

Boite de 28.

PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg

Comprimé pelliculé.

Boite de 28.

PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg

Comprimé pelliculé.

Boite de 28.

PPV : 405 DH



6 118001 031726

هيانات

قرص 20

A consommer de
préférence avant fin :

Lot n°

39,80 DH

Lot: Y055D

Per: 02-2025



6 111255 870202

هيانات

قرص 20

A consommer de
préférence avant fin :

Lot n°

39,80 DH

Lot: Y055D

Per: 02-2025



6 111255 870202

هيانات

قرص 20

A consommer de
préférence avant fin :

Lot n°

39,80 DH

Lot: X327C

Per: 11-2024



6 111255 870202

LOT : ZZE001
PER: 01 2026

STILNOX 10MG

CP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

LOT : ZZE001
PER: 01 2026

STILNOX 10MG

CP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 221177 1
EXP 04 2025
PPV 35.70

LOT 221252 1
EXP 04 2025
PPV 35.70

LOT 220816 1
EXP 03 2025
PPV 35.70

LOT 220819 1
EXP 03 2025
PPV 35.70

LOT 221252 1
EXP 04 2025
PPV 35.70

Alpraz® 1 mg

14 comprimés sécables

Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg

14 comprimés sécables

Remboursable AMO



6 118000 020523