

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

14/2/22  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10653 Société : RNM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DEBBACHE KHALID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) : .....

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0055993

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 courant 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 kinésithérapeute  
 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 remis 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 échelons 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

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

5  
CV

## FEUILLE DE SOINS 618302

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DZAIRY Rihel

Matricule : 10673 Fonction : Rep 1042 Poste :

Adresse :

Tél. : 00221 96 00 30 30 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DZAIRY LINA Age 118 112 2901

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Bronchite aigre

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A 060, le 18.12.22 Signature : Dr. Université Internationale Cheikh Khalifa  
Pneumologue et Médecin de la Famille  
91035477

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 10673 618302 MUPRAS

Nom du patient : DZAIRY Rihel

Date de dépôt : 06/01/2022

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



## RELEVE 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
15.12.22	C:S		2300000	Hôpital Universitaire Intercommunal Professeur [Signature] Pneumologue [Signature] 91035477

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.2.2022	1.998,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

18/12/22

PER : 03/24  
LOT : 649759  
PDU : 168,20 DH

qf DRAIRU LINA

168,20

- Averentri 1g.  
1 pochette mélange el pour 2 g.

115,00 P2

- Avanys :  
2 boffes  
pendant  
1 boffée

TAM  
S.V

chaque  
1 mois , avis

115,30

- Ventoline  
2 boffes tout le un



185,00

- SAFLU 250, (En 100  
2 boffes mélange el)

SAFLU 250 microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses

SAFLU 250 microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses

SAFLU 250 microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses

Hôpital Universitaire International  
Professeur NAJIBA  
Pneumologie-Allergologie  
91035477

6 118001 101290

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**CASABLANCA**

**ORDRE D'ENCAISSEMENT**

221219121029102102

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200609952	DZAIRY LINA	19/12/2022

Mode paiement		Montant Dhs
Espèces		300,00
221219121029FZ	OE établi par : F.ZAZER	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fdkm.hk.mn  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fdkm.hk.mn



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
Casablanca

19/12/22

11:45:53

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

OUAKKI GHIZLANE

419644\*\*\*\*\*2340

10/23 CARTE NATIONALE

201-0-0000-1-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08173637
Num Transaction	000012
Num Autorisation	306655
Num STAN	015317

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT  
Copie client

**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**