

# 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

- 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](http://www.mupras.com)

M23-005635

Maladie

Dentaire

Optique

*Conseil*  
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *199*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EL ALLALI FATIMA*

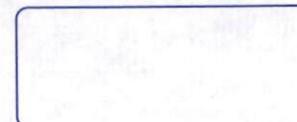
Date de naissance :

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 ADHERENT**

Déclaration de maladie **M23- 0005635**

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 au présentant 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 PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAi

FEUILLE DE SOINS

N° 817091

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *El Alouli Fatima*

Matricule : *113* Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Adresse : *Résidence Sidi El Aouli 403 Rue Hassan II*

Tél. : *0661 53 28 18* Signature Adhérent : *AT*

## A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *El Alouli Fatima* Age *113 4 14*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

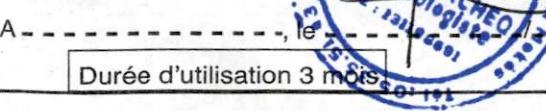
Date de la première visite du médecin : *01/01/2023*

Nature de la maladie : *Cataracte*

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

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Durée d'utilisation 3 mois



Signature et cachet du médecin



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| des<br>s    | Natures des<br>Actes | Nombre et<br>Coefficient | Montant détaillé<br>des Honoraires | Cachet et Signature du Medecin<br>attestant le Paiement des Actes                 |
|-------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|---|
| ct/01/2023  | C3                   | 200,00                   |                                    |   |
| 11 JAN 2023 | C30                  | 300 DH                   |                                    |  |
|             |                      |                          |                                    |   |

## **ANALYSES – RADIOGRAPHIES**

| Chet et Signature du<br>atoire et du Radiologie | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant des<br>Honoraires |
|---|------|---------------------------------|---------------------------|
|   |      |                                 |                           |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

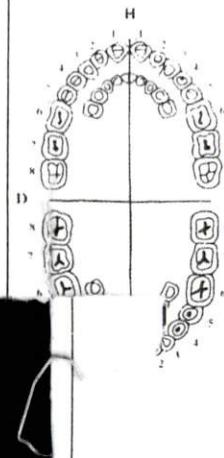
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjenction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



#### ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Nidal BERCHEQ  
Ophthalmologiste

Dr Nidal BERCHEQ  
Ophthalmologiste

د. نضال برشق  
طبيب اخصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط  
طبيب سابق بالمستشفى

العسكري محمد الخامس بالرباط

Lauréat de la faculté de médecine  
de rabat ancien médecin de l'hôpital  
militaire med v rabat

Meknès , le .....

## Bilan prés opératoire

### Avis de cardiologie

Cher confrère,

Permettez-moi de vous adresser

Mme EL ALLOULI FATIMA

Pour (CATARACTE)

(OG)

Sous AG/AL

Dr OUJARIA HADJ DELLAH  
CARDIOLOGUE  
17, Rue 4 N° 10  
MEKNÈS - VILLE 05 35 51 64 24



Bien à vous.



05 35 51 43 93

nidophtalmo@gmail.com



Dr Nidal BERCHEQ  
Ophtalmologiste

Dr Nidal BERCHEQ  
Ophtalmologiste

Lauréat de la faculté de médecine de rabat ancien médecin de l'hôpital militaire med v rabat

د. نidal برشق  
طبيب اخصائي في أمراض وجراحة العيون

دكتور كلية الطب بالرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط



PT230107095455

07 janvier 2023

Mme EL ALLOULI FATIMA

147.00

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

PHARMACIE NALI  
Dr. BIOUNGNA  
69 BIS, BA. YOUSSEF EL Mans  
MEKNÈS - MAROC  
Tél: 0535.53.71.23.71



VR276210MAR/0919  
MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SIT-TEMA  
B.P. 27182 Bouakoura - Maroc  
1<sup>re</sup> Homologation Maroc :  
153/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH



05 35 51 43 93



nidophtalmo@gmail.com

رقم 6 عمارة 26 شارع ادريس الثاني حمرية - مكناس • Bureau N°6, Imm 26, Avenue idriss II, Ville Nouvelle - Meknès •