

# 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.

N° W21-792819

153883

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 554 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

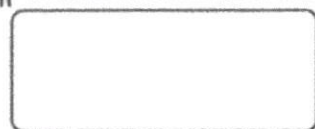
Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....

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 : .....

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

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

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



## conditions générales

### POUR LE PRATICIEN

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

- |       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF    | = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI   | = Soins infirmiers pratiques par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM   | = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI   | = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP    | = Actes pratiques par un Orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY   | = Actes pratiques par un aide-orthophoniste                      |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R - Z | = Electro - Radiologie   |
| PC    | = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie  | B     | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialités   |       |  |

### 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  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps. | - 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  
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° 0282167

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SS4  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAK MAOVI Age 14 ans  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 14/01/23  
Nature de la maladie : HTA  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances : .....  
A ATA, le 14/01/23  
Durée d'utilisation 3 mois





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
14/1/73 22/02/73	CGE ECG. CX		150,00 100,00 C. J. J.	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Poursuivant	Date	Montant de la facture
<p>Dr. AHMED BOUSSINA</p> <p>KASBAT AL AMINE</p> <p>Imb 4 Mag 10 Lissasfa</p> <p>Tél/Fax: 0522 65 15 40</p> <p>HARMACIE AFIF</p> <p>Dr. Afif BOUSSINA</p> <p>KASBAT AL AMINE</p> <p>Imb 4 Mag 10 Lissasfa</p> <p>Tél/Fax: 0522 65 15 40</p>	<p>14/01/83</p> <p>18/1/83</p> <p>27/02/83</p>	<p>69,00</p> <p>129,00</p> <p>1000,80</p>

[illegible]

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

<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>															
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>															
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	DETERMINATION DU CœFFicient MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
	(Création, remont, adjonction)		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



**الدكتور مهدي بنجلون**  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : ..... 18/01/2023

Nom et Prénom : .....

**CHAHRAOUI Fatima**

129,00

**3D VIT**

15 gouttes par jours, pendant 3 mois

**PHARMACIE AFIF**  
Dr. Afif IBNOUSSINA  
KASBAT AL AMINE  
Imb 4 Mag 0 Lissasfa  
Tél/Fax: 0522 65 15 40

N° d'enregistrement au ministère de la s  
DA 20202007676DMP/20UCA/v1

PPC: 129,00 Dhs

114,00

114,00

114,00

114,00

114,00

114,00

الدكتور مهدي بنجلون  
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522,91.07.62 - 0604.72.39.14  
E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

زنتة 2, رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522,91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



**الدكتور مهدي بنجلون**  
**إختصاصي في أمراض القلب**  
**والشرايين**

Casablanca, le : .....27/02/2023.....

Nom et Prénom : .....

**CHAHRAOUI Fatima**

**TËNSIOTEC 10**

-1 gélule le matin, pendant 6 mois

**MEDEP 5**

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

PPV: 30DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1070-3

PPV: 30DH00  
PER: 09/23  
LOT: K1709-3

PPV: 30DH00  
PER: 12/24  
LOT: L1696-5

PPV: 52DH80  
PER: 06/24  
LOT: L1070-2

PPV: 30DH00  
PER: 03/24  
LOT: K2832-3

PPV: 52DH80  
PER: 03/25  
LOT: L3553-2



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

**Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux**



**الدكتور مهدي بنجلون**  
**إختصاصي في أمراض القلب**  
**والشرايين**

Casablanca, le : ..... 14/01/2023

Nom et Prénom : .....

**CHAHRAOUI Fatima**

**VISENTIEL**

2 comprimés le matin

**MAXITONE**

1 ampoule, matin

**PHARMACIE AEFIF**  
Dr. Afif IBNOUSSINA  
KASBAT AL MAJINE  
Imb 4 Mag 76 Lissasfa  
Tél/Fax: 0522 65 15 40

Lot : V307G  
Dluo : 11/24  
P.P.C : 69 Dh

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Cardiologue  
0522 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
RUE 2, N° 61 - 1er Etage - Rp Chhdia - FLOUFA

زقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الأنفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

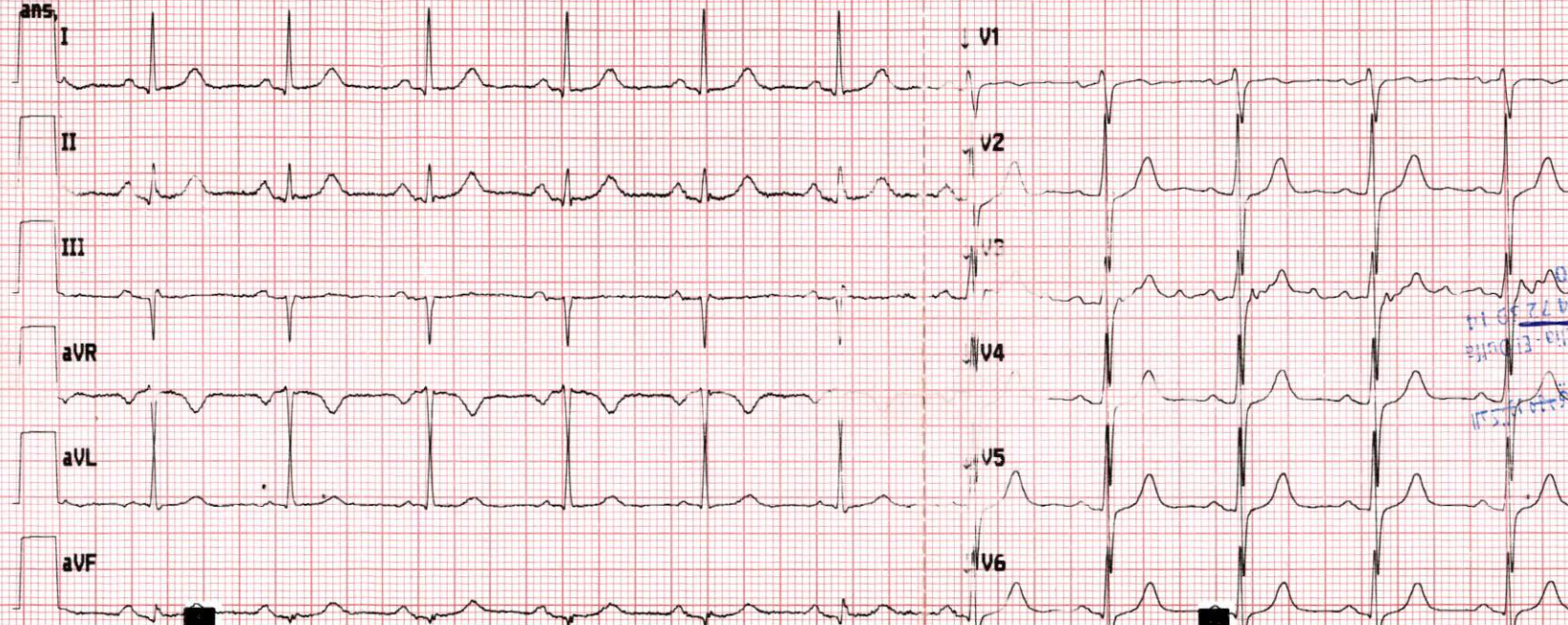
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com



ID:  
D-naiss:  
ans,

14-Jan-2023 13:33:11 Fréq. Card.: 80 BPM  
Axes P-R-T: 51 -5 40 Int PR: 161ms  
Dur.QRS: 89ms QT/QTc: 350/386ms

14-Jan-2023 13:33:11



CHAKRAJ  
RACINA

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Tél: 06 22 91 07 02 - 06 04 72 30 14  
IMPE: 1917170678

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence \*27371 25mm/s 10mm/mV 0.05