

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-002158

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7714 Société : RAM. ND  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Faouzi Najd Edeline 156846  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. 0674.09.89.56 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ramia 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## POUR LE PRATICIEN

**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 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

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 Prevoyance 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**

FEUILLE DE SOINS N° 0388630

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : FLOUZI NASSER EDDINE  
Matricule : 7724 Fonction : Retraité / Pensionné Poste :  
Adresse :  
Tél : 0674058956 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom  
du patient : ..... Age 

--	--

--	--

--	--

Lien de Parenté avec l'adhérent :    Adhérent ☐    Conjoint ☐    Enfant ☒

Date de la première visite du médecin : .....

Nature de la maladie : Affectino R.L

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances .....

.....

.....

A ..... le ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

EL HANSOURI Imprime  
Chirurgie Pédiatrique ORL  
Boulevard de G. Slimane - 1er Etage  
Sourghane Casablanca  
Tél : 05 22 20 21 08

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 7714. N° 388630

Nom du patient : RANJA

Date de dépôt :


Montant engagé < 300,00 + 469,50 = 769,50

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
8/10/23		5	30000DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	21-03-2023	269,50

## 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	

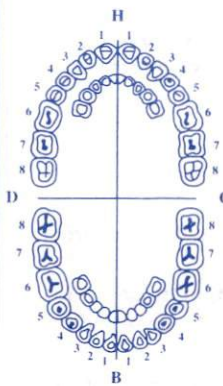
## VOLET ADHERENT

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

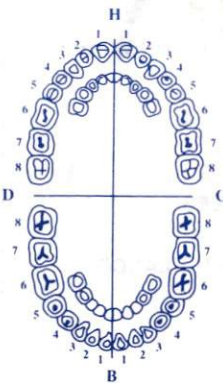
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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
			
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> </div> <div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div> </div> </div> <div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div> </div> </div> <div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div> </div> </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> </div> <div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div> </div> </div>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div>												
<div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</div> </div>		<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>												



Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges  
Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL  
Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة  
و جراحة الوجه والعنق  
تشخيص الدوخة، الطنين و نقص السمع  
تشخيص بالمناظير الداخلي، أمراض الحساسية  
طبيبة إختصاصية سابقا بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le

21 Mars 2023

الدار البيضاء، في

M. Fouzi Rania

95,00

1) Biotic plus 1 g sachet  
15 x 215 mg / 0.6g

10,00

2) Effipud 20  
3 cpl 5 mg / 0.4g

21,80

3) Polydexa 4 gte A  
III gtes x

129,00

21,80

4) Budene 4 gte  
1 gte x 215 mg / 0.4g

78,20

5) Dineo 5 mg  
1 cpl 5 mg / 0.4g

17,40

6) Dermovel cr m  
1 App.



نقطة كلبيمة، الطابق الأول الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulmima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N  1 - Bourgogne - Casa

Tél./Fax : 05 22 20 21 00 : الهاتف/الفاكس : E-mail : mansouriorl@gmail.com : البريد الإلكتروني

68,10

7) Bepanthen

App x 2 / J

T = 469,50

PHARMACIE LA BRISE  
Dr. SELASSI Narijiss  
18, rue Abou Abas el Azli Maatf. Casa

Tel: 05 22 27 77 77 - Gsm: 0622 92 10 70  
ICE: 001648166000012

Dr. EL MANSOURI Imane  
Médecin Spécialiste ORL  
Chirurgie Cervico-Faciale  
Le 633, Rue Goulmima - 1<sup>er</sup> Etage  
Appt. N°1 Bouquoge - Casablanca  
Tél. Fax: 05 22 20 21 00

LOT

GPO2AKR  
05 2024

PPC: 68,10 DH

Lot N°: 066S032A  
FAB: 06/2022  
EXP: 06/2024  
PPV: 149DH00