

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-806355

164 850

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10939</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Bouayad ILHAM
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : _____	
		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
**Fait à :** \_\_\_\_\_ **Le :** \_\_\_\_\_  
**Signature de l'adhérent(e) :** \_\_\_\_\_

<b>VOLET ADHÉRENT</b>	
Déclaration de maladie	
N° W21-806355	
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 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 kinesithérapeute  
 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 échelonnements  
 - 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



# M U P R A S

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1611963

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BOUAYAD ILHAM  
 Matricule : 10939 Fonction : CEP Poste :  
 Adresse : Lot 1A Chambre Rue 3 N° 23 Anfa Casablanca  
 Tél. : 0661 24 14 42 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BOUAYAD ILHAM Age 106 112 173  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Dermatoses inflammatoires.

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances 12 JUIN 2023

A Settat, le 09/08/23

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Dr. Salouz Ch. - Véto 05 22 91 26 52  
 Dermatologue - Véto 05 22 91 26 52  
 Dr. Alia Aicha - Véto 05 22 91 26 52  
 Dr. Alia Aicha - Véto 05 22 91 26 52

## **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
09-05-23	CS		200 D.H.	 Dr. Falak Al Aicha Lotissement Dermatologue - Vénérologue 3d Lalla Aicha Lotissement

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE R.Ben Ahmed Settat Tél: 05 23.46.59.53 INPE:062081312</p>	09/05/83	1A AF. 100

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

DR.FAIROUZ CHARKAOUI ELBARAKA

Dermatologue - Vénérologue

Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca

Ancienne interne du CHU de Casablanca

Ancienne interne des hopitaux de France



د. فيروز الشرقاوي البركة

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

خربيحة كلية الطب بالدار البيضاء

طبية داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبية داخلية سابقاً بفرنسا

- دبلوم طب الجلد عند الأطفال

- حساسية الجلد

- جراحة الجلد

- طب التجميل

- الليزر الطبي

- DIU de Dermatologie Pédiatrique (Université de Nantes)

- Allergies Cutanées

- Chirurgie Dermatologique

- Dermatologie Esthétique

- Lasers Médicaux

٠٩ - ٥٢٣

Settat, le

سطات، في

١<sup>ne</sup> Elham Bouagad

٨٨٢,٥٠

٢. Dainobet paracétal

٣٠

١app ١٦ an les élèves le soir )  
٤٩,٥٥ ٦١,٠٠

٢. Psor

١app ١٦ le wad. an le gups.

٣٠

Bd Lalla Aicha, Lotissement Lotfi, N°5, 1er Etage . Settat

شارع للا عائشة، إقامة لطفى، الطابق الأول رقم 5، قرب طاكسيات البروج ( أمام فندق تاركك ) . سطات

fairouz.cherel@gmail.com

05.23.72.52.53

186,00

3. Sensithelial gel sucre

par le docteR.



~~186,00~~  
PHARMACIE R.BER Ahmed  
~~90100~~  
Tél: 023.40.69.53  
INPE.062081312

~~trouz CHERKAOUI~~  
~~trouz - Casablanca~~  
~~trouz - Casablanca~~



# PSOR<sup>®</sup>

Tube de 60 ml

Soulage la douleur et  
Réduit les squames

SANS PARABÈNE

LOT: 6093  
EXP: 12/23  
PPC: 49.00DH

0,5 mg/g

# 50 Daivobet®

pecter les doses prescrites  
احترم الابتعاد - احترم مقدار

donnance

قائمة رقم 1 - لا يصرف إلا بوصفة

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue d'Amyot d'Invillo  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

DAIVOBET® 50 mcg/0,5 mg/g pommade  
Tube de 60 g



6 118001 200832

PPV : 441 DH 00