

# 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



## Déclaration de Maladie

M23-0027773 180896

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11471 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Aserrar Anstaphe

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666350893 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

Comptoir

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 M23-027773

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 courante et de petite chirurgie
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
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés 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 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° 0227449

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ASERRAR Mustapha.  
Matricule : M471 Fonction : Agent. Poste : 9289.  
Adresse : N°191 Lot 1ABROUKA SIDI MAROUD CASABLANCA  
Tél. : 06.66.35.08.93 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ASERRAR MUSTAPHA        
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 20/10/2023  
366, Sidi Marouf, Casablanca

Nature de la maladie :

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

A Casablanca, le 25/10/2023

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin



VOLET ADHERENT  
N° 0227449

DECLARATION  
Matricule N° : M471  
Nom du patient : ASERRAR Mustapha.  
Date de dépôt : 30/10/2023  
Montant engagé 235,00 DH.  
Nombre de pièces jointes : 1



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	29/10/23	+ 85,00 F

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

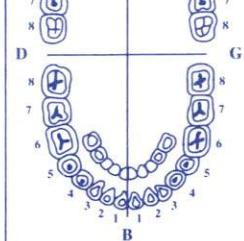
Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

 H	<b>H</b> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </tbody> </table> G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
D											
00000000	00000000										
35533411	11433553										

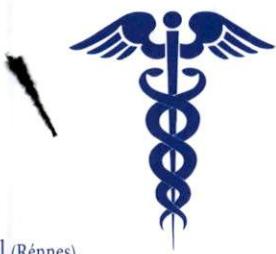
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



VISAGE ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Diabétologie (Paris 13)
- Echographie
- Spécialiste en médecine de travail (Rennes)
- Ex médecin-chef de centre de santé Sidi Maârouf



• دبلوم في مرض السكري (باريس 13)

• الفحص بالصدى

• اختصاصي في طب الشغل (رين)

• رئيس المركز الصحي سيدى معروف سابقا

Casablanca, le .....

25/10/2013

الدار البيضاء، في .....



ASERONA maa taphic

PPV: 28DH7  
PER: 12/27  
LOT: L3905

Boehringer  
Ingelheim

15

LOT: 0457  
PER: 06 2026  
PPV: 46.00DH



PPV: 10DH30  
PER: 01/26  
LOT: M366

Dr. BOUDFOR  
366 Lot Haddiou 1er Etage  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 05 22 58 14 81

366 تجزئة الحدوى الطابق الأول سيدى معروف - الدار البيضاء (قرب حمام الأندلس)

366 Lot. Haddiou 1er Etage Sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 58 14 81