

# 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

- 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.

M23-0022705

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHIDIJOU - KLUADIFI

1948

Date de naissance : 22/02/1948

CA 81

Adresse : 312 Bd Ahmed Ben Rabah Casablanca

Tél. : 06 629 56446

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 : 10

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : KHIDIJOU



# 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  
 VS = 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 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 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

DATE DE DEPOT

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 1614068

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Khidjia Khoutija*  
 Matricule : *1053* Fonction : *Retraitee* Poste :  
 Adresse : *342, Bd Oued aum Rabij, ouffa*  
 Tél. : *0662 256446* Signature Adhérent : *R*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Khidjia Khoutija* Age :   
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *01/01/2003*

Nature de la maladie : *osteo*

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

A : *consultation* Durée d'utilisation 3 mois  
 Signature et cachet du médecin : *Dr. Khoutija SAIDI*  
 Cachet : *Chirurgien Dentiste*  
 Date : *01/01/2003*  
 Lieu : *30, Bd Oued aum Rabij, ouffa*  
 Date : *06/02/2003*  
 Signature : *Dr. Khoutija SAIDI*

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : *1614068* MUPRAS  
 Nom du patient :  
 Date de dépôt :  
 Montant engagé :  
 Nombre de pièces jointes :



## 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
01/06/2013	Chirurgie O.R.L	1	967,00	Dr. Amine SAI Spécialiste O.R.L Chirurgie Cervico-Faciale 30, Boulevard Habib Bourguiba - CASA 05 22 90 68 94

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANGELIE RASLAMI ALMAWIL et Abu Hassan SAGHIR <del>PHARMACIE ALMAWIL</del>	6 NOV 9	155

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

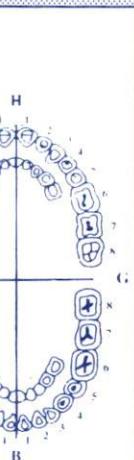
## VOLET ADHERENT

\* 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.

<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANT DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Amine SAIDI**

Spécialiste en ORL  
et en Chirurgie Cervico - Faciale  
Exploration de L'Audition - Endoscopie

**الدكتور أمين سعدي**

اختصاصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca le .....

الدار البيضاء في ..... 6/10/2020

Dr. Amine SAIDI  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Exploration de l'audition - Endoscopie  
30, Bd. Oum Rbii - Lot. Firdaous GH25 A Appart. 1  
05 22 90 68 94

D - oro propolis gd bouches /  
50g

DR Amine

Pharmacie AL MAWLILI  
Andalous Hassan 1000  
Médaille d'Or de l'Exposition Casablanca 1977  
Andalous Hassan Tel. 0522.23.77.06

Dr. Amine SAIDI  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Exploration de l'audition - Endoscopie  
30, Bd. Oum Rbii - Lot. Firdaous GH25 A Appart. 1  
05 22 90 68 94



# AUDIOGRAMME

Nom : Khadigui  
Prénom : Khalidje  
Age : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Date :

6/10/2023

Observations :

Dr. Amine SAIDI  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgien ORL et Faculté  
Lyon 1er - 25 A Appel  
30, bd. Lapeyrière - 69125 Villeurbanne  
Tél. 04 37 05 22 90 68 94

### Audiomètre Oreille Droite



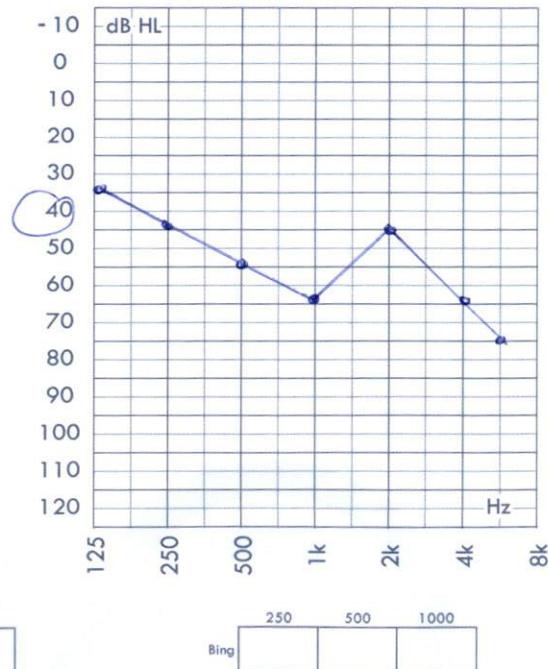
### Perte Auditive

O.D.	O.G.
500	
1000	
2000	
4000	
Totaux	

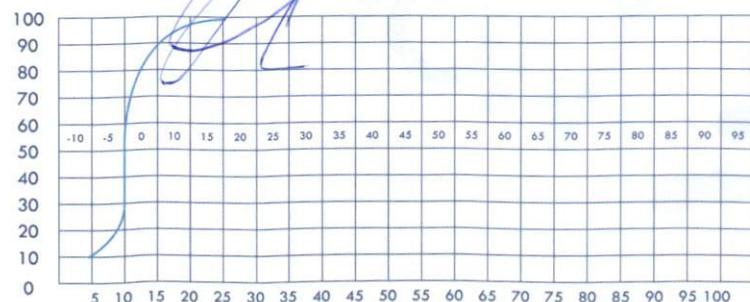
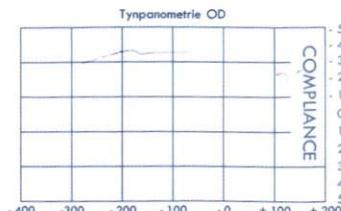
Total  
Perte  
Binaurale  
en %



### Audiomètre Oreille Gauche



### Tympanometrie OD



### Tympanometrie OG

