

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-021030

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AL HRAI KADOUR
Date de naissance : 12/12/2023
Adresse : A 86330
Tél. : 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 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 échelonnées 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



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 MU003474

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **5694 ALHOU KADOUR**
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **ELAB DEU RAHMA** Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **diabète type 2**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A le **07 Dec 2023**
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Dr. Abdelhak BOKHARY
Endocrinologue - Diabétologue
Av. Alal ibn Abdou RÉS. Ibn Khaldoun
Forêt 4 - Berrechid - Tél : 0522 32 37 87

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 003474
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :

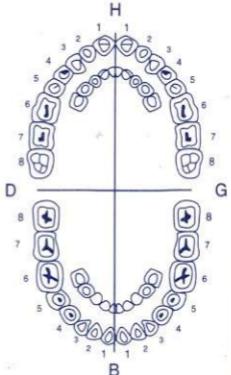
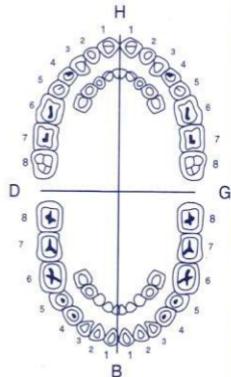


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07 Dec 2023		c	250,00 Dh	 Dr. Abderrahim BOUMELAL Endocrinologue - Diabétologue Im Abderrah. Rés. Ibn Khatib S. 100 - Alg. - Tél: 022-22-37 87

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL GHALI HAJAR Zaouiat Sidi El Mekki - Berrechid -	07/12/2023	2026.00

[illegible][illegible]

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																																
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Important : 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																													
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> <p>CØEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">H</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none; text-align: right;">25533412</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: right;">D</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: right;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: right;"></td> <td style="border: none; text-align: right;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">B</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">G</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>					H		25533412			21433552	D	00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553			B				G		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> <p>CØEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
			H																													
	25533412			21433552																												
	D	00000000		00000000																												
		00000000		00000000																												
		35533411		11433553																												
			B																													
			G																													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																												

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Dr. Abderrahim Bokhamy

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES**

**Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie**

برشيد في Berrechid, le

ABDEL

12/11/2023

07 Dec 2023



* 061011375 *

107.60

PHARMACIE
EL GHANAJAR
Zaouiat Sidi El Mekki
- Berrechid -

36.20 x 7



153/

111.00 x 15



153/

Humalog 100U/ml

12 UI - 12UI

12UI

2026.00

PHARMACIE
EL GHANAJAR
Zaouiat Sidi El Mekki
- Berrechid -

Handwritten signature

Dr. Abderrahim Bokhamy
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES
INP : 061011375
BERRECHID

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 05 22 328 787 - المحمول : 0666 352 104

LOT ~~230464~~
EXP 01 2026
PPV 107.60

LOT 223937
EXP ~~11~~ 2025
PPV 36.20

LOT 223936
EXP 11 2025
PPV 36.20

LOT D477238K.4
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT 223939
EXP 11 2025
PPV 36.20

LOT 223940
EXP 11 2025
PPV 36.20

LOT D477238K.4
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT 223938
EXP 11 2025
PPV 36.20

LOT D580172G.1
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D346484L.2
UT AV 11 2023
PPV 111.00 DH

LOT 230942
EXP 03 2026
PPV 36.20

LOT D467103E.1
UT AV 08 2024
PPV 111.00 DH

LOT 230942
EXP 03 2026
PPV 36.20

LOT D478176C.5
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT 230890
EXP 03 2026
PPV 36.20

36.20

LOT D580172G.4
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D478176P.6
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D477238K.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478176P.5
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478176P.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D580172G.2
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D478176P.7
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D580172G.4
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH