

# 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.

M23- 021030

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5694 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AL Hfar Kadour

Date de naissance :

Adresse :

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 : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

12 DEC. 2023

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) : .....

## 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.

# 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)  
**CNPSPY** = 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 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 remi 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 MU003474

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *5694 AL HAFID KADOUR*

Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *EL ABBAS RAHMA*

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/Dece 2023*

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin  
Dr. Abdellatif BOUKHARY  
Endocrinologue - Diabétologue  
Av. Alai Al Abid, Rés. Ibn Khaldoun  
Fond 4 - Berrechida - Tel: 332 33 17 87

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 003474

Matricule N° : .....

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
07 Dec 2023		5	250,00	Dr. Abderrahim BOUAFIA Hab. Ab. Jan Réf. 100 Khatib Centre. Tel: 02-3-7-87

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....



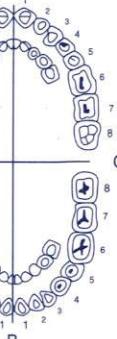
## VOLET ADHERENT

\* 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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANT DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					MONTANT DES SOINS												
					DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Dr. Abderrahim Bokhamy

## SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

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

الدكتور عبد الرحيم بخاسي

## الغدد والتدريجية الاختصاصي في أمراض السكري

السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترول  
الإضطرابات الهرمونية - العقم

برشید فی Berrechid, 16.....

ABDELI

new

07 Dec 2023

## فی رشید



\* 061011375\*

107.60

PHARMACIE  
EL GHAZI HAJAR  
Zaouiat Sidi El Mekki  
- Benrechid -

111.00 x 15

Franklin 10041 (cont)

12 VI - 12 VI.

12 vi

2026.00

PHARMACIE  
EUCHENNAJAR  
Zaouiat Sidi El Mekki  
- Barrechid -

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

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القىسارية) - 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 D477238K.4  
UT AV 10 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D580172G.1  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D346484L.2  
UT AV 11 2023  
PPV 111.00 DH

LOT D467103E.1  
UT AV 08 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D478176C.5  
UT AV 10 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D580172G.4  
UT AV 08 2025  
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

LOT 223937  
EXP 11 2025  
PPV 36.20

LOT 223930  
EXP 11 2025  
PPV 36.20

LOT 223938  
EXP 11 2025  
PPV 36.20

LOT 230942  
EXP 03 2026  
PPV 36.20

LOT 230942  
EXP 03 2026  
PPV 36.20

LOT 230890  
EXP 03 2026  
PPV 36.20  
36.20

LOT D478176P.6  
UT AV 10 2024  
PPV 111.00 DH