

# 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.



**Déclaration de Maladie**

M23-000482

199706

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2705 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Chebil Cheb Lamine

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 : .....

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) : .....

## Adresses Mails utiles

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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](http://www.mupras.com)

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 000482

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 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 kinsihérapteut  
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 échelons  
- 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 1587836

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHEBICHEB LAMIA

Matricule : 2706 Fonction : Poste :

Adresse : 6015 Sement M. Ouled Rm 1 n° 96 aljine

Tél. : 0661693351 Signature Adhérent : p. Chebich

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Chebicheb Lamia Age 21 08 62

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 02/02/2024

Nature de la maladie : Allaitement

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

A Cas le 02/02/2024 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois



## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :

1587836

MUPRAS



## **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
24/04/24	G		300,- DA	 Dr. Hocine Tarik Ben Yousfi Neurologie-Epilepsie et Neuropsychologie Avenue Bel Abbès 100 - B.P. 100 - 16000 Constantine - Tel. : 05-20-33-83-53

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU SOUDAN DENTISTE 1 bis rue Panoramique 92120 Montrouge	02.02.24	540,50
PHARMACIE DU SOUDAN DENTISTE 1 bis rue Panoramique 92120 Montrouge	07.02.24	112,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

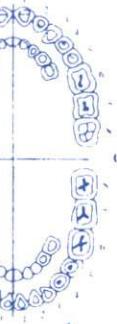
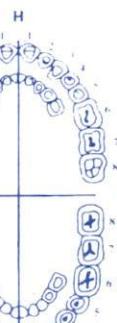
## VOLET ADHERENT

\* 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 <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Dr. Tarik BENHSAIN**

Neurologue

Électro-Encéphalographie (EEG)

Électro-Neuromyographie (ENMG)

د. طارق بنحسain

طبيب أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي والضلاع

التخطيط التهرياني للدماغ

التخطيط التهرياني للأعصاب والضلاع

- Lauréat de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU IBN Rochd - Casablanca
- Ancien médecin à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Paris
- Diplômé en Migraines et Céphalées - Lille
- Diplômé en Neuropathies Périphériques - Paris XI

## ORDONNANCE

Casablanca le, 07/02/24

Mme CHEBICHEB Lamia

1. ALIVIAR 50 MG

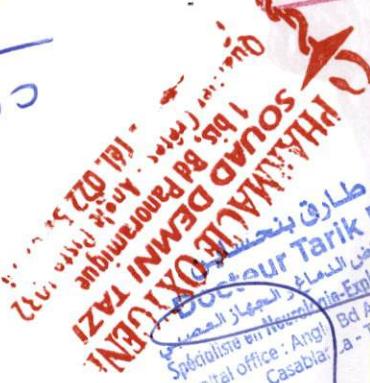
1-0-1/j

0-0-1/j

SSS2

pdt 02 semaines

pdt 01 semaine



27.02  
x2

54.00

AMM N° :  
427/17 DMP/21/NRQ



ALIVIAR® 50 mg  
sulpiride

20 Gélules



6 118000 230250

# ALIVIAR®

sulpiride

50mg

Boîte de 20 gélules



IBERMA

Voie Orale

23,00

L.O.: 09/2023  
R.R.: 03/2023  
Prix: 23,00 DH

AMM N° :  
427/17 DMP/21/NRQ



ALIVIAR® 50 mg  
sulpiride

20 Gélules



6 118000 230250

# ALIVIAR®

sulpiride

50mg

Boîte de 20 gélules



IBERMA

Voie Orale

23,00

L.O.: 09/2023  
R.R.: 03/2023  
Prix: 23,00 DH

# Dr. Tarik BENHSAIN

Neurologue

Électro-Encéphalographie (EEG)

Électro-Neuromyographie (ENMG)

د. طارق بنحساين

طبيب اخصائي في امراض الدماغ والجهاز العصبي والplexus

التطبيق الاهرياني للدماغ

التطبيق الاهرياني للأعصاب والplexus

- Lauréat de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU IBN Rochd - Casablanca
- Ancien médecin à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Paris
- Diplômé en Migraines et Céphalées - Lille
- Diplômé en Neuropathies Périphériques - Paris XI

## ORDONNANCE

Casablanca le, 21-2-2014

Mme CHEBICHEB Lamia

1. DCURE 25000 UI

1 amp /15j

S.V.

pdt 03 mois

56.30

2

112.60



**SMB**

AMM N° : 279/20dmp/NRqd

108, Rue Pelerin Parent, Casablanca, Maroc.  
Les laboratoires ERGO MAROC

importe par : ERGO  
Maroc



Vitamine D3

Cholecalciferol 25 000 UI

# D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH

LOT: 23H09D

EXP: 08/2025

**SMB**

AMM N° : 279/20dmp/NR0d

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

Les Laboratoires ERGO MAROC

Importé par : Ergo MAROC



Vitamine D3  
Cholecalciferol 25 000 UI

## D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 HD  
LOT: 23H09D  
EXP: 08/2025

**Dr. Tarik BENHSAIN**

Neurologue

Électro-Encéphalographie (EEG)

Électro-Neuromyographie (ENMG)

**د. طارق بنحسين**

طبيب أخصائي في لرايخ الدراج، الجهاز العصبي والplexus

التطبيط التهريادي للدماغ

التطبيط التهريادي للأعصاب والplexus

- Lauréat de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU IBN Rochd - Casablanca
- Ancien médecin à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Paris
- Diplômé en Migraines et Céphalées - Lille
- Diplômé en Neuropathies Périphériques - Paris XI

Casablanca le,

٢٠٢١

**ATTESTATION MEDICALE**

Je soussigné,  
 avoir reçu en consultation Mme CHEBICHEB Lamia, diabétique qui  
 présente une asthénie importante nécessitant une exploration  
 biologique

Certificat délivré à l'intéressée pour servir et valoir ce que de droit.

**دكتور طارق بنحسين**  
 Dr. Tarik BENHSAIN  
 طبيب اخصائي في لرايخ الدراج، الجهاز العصبي والplexus  
 Specialiste en Neurologie, Neuroradiologie, Neuropathies et plexus  
 Capital office : Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati  
 Casablanca - Tel : 05 20 88 88 55

كاييطة أونيس : ملتقى شارع عبد المؤمن و زنقة الراشاتي ، عبارة 3، الطابق 2، المكتب رقم 50، (نون مرجان ساركت) - الدار البيضاء

Capital Office : Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati, Imm. N 3, 2ème étage bureau N 50 - Casablanca  
 ( au dessus de Marjane Market quartier des Hôpitaux ) - Tél : 05 20 88 88 55 - E-mail : benhsain.tarik@gmail.com