

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M24- 0004336

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1397 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ksirni Najiha

Date de naissance : 15/07/1951

Adresse : 83 Rue Hassan Ben Nasser Bey

Tél. : 06 61 62 31 01 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 : .....

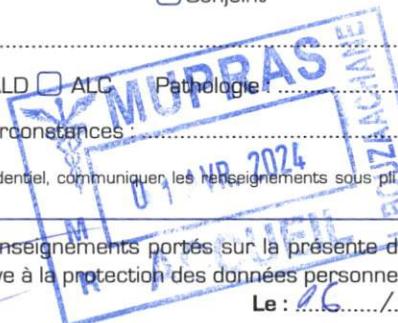
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 05/01/2024 Le : 06/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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 au 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 globeaux 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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 875939

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Hassan Ksini Né le Ep. Taitri  
 Matricule : 1387 Fonction : \_\_\_\_\_  
 Poste : \_\_\_\_\_  
 Adresse : 83, Rue Moussia Bousso Naceur Casablanca  
 Tél. : 0661 62 31 01 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Majida Ksini Age : 28  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
 Date de la première visite du médecin : 07/02/2024  
 Nature de la maladie : Allergie  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A : La casse, le 16/02/2024 Signature et cachet du médecin : Dr. HIND BEN YOUSSEF  
 Durée d'utilisation 3 mois



## VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 875939

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
16/02/2024	Consultation	1	10000	Dr. H. B. Signature overprinted with a circular stamp containing text in French.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie IDEAL</b> N° NJIMA 1000 Dr. en pharmacie de Paris V 21, Rue Jaafar Ibnou Atta Bourgogne Télé: 01 52 22 20 14 86 TCE: 06 17 03 34 20 000 INPEL 092	16/02/2024	559,90

## **ANALYSES – RADIOGRAPHIES**

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

#### **AUXILIAIRES MEDICAUX**

## 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	
				COEFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c cc}  & H & G \\  \text{D} & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  & B &  \end{array}  $			
	<p>(Création, remont, adjenction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				COEFICIENT DES TRAVAUX
				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. Hind BAKKAL

Spécialiste en Pneumo-Phisio-Allergologie

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie Casablanca

Asthme - Tuberculose - Allergie

Bronchoscopie

Tests cutanés - EFR (Spirométrie)

Aide au servage tabagique

Maladies professionnelles

Ronflements et apnées du sommeil



Casablanca le

16/02/2024 الدار البيضاء :

Mme Naja Ksibi



171,70

1) Adair 250. µg 5x310 (un mois)



73,40

2) Evles 5 → (un mois)



190,00 1 vls

3) Demomed 2 vls 5x210 (3 mois)

72,00

4) Prevalin 5x2 vls 5x2 (3 mois)

52,80

5) Geobs 20 vls 5x6 (3 mois)



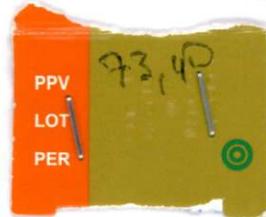
Pharmacie IDEAL  
N° NJIMA  
Dr. en Pharmacie de Paris V  
21, Rue Jaafar Ibnou Attia Bourgogne  
Tél: 0522 20 14 86  
ICE: 001703342000085  
INPE: 092033943

Dr. Hind BAKKAL  
3ème étage, Apt 8  
193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa, Casablanca  
Tél: 05 22 93 86 14 / E-mail : bakkalhindh@gmail.com

193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa, 3<sup>eme</sup> étage, Apt 8, Casablanca

Tél.: 05 22 93 86 14 / E-mail : bakkalhindh@gmail.com

PPC :72 DH 00



LOT 220286  
EXP 09/2024  
PPV 52.80DH

Microgranules



**ODES**  
oméprazole<sup>®</sup>



EXP: 11/2025  
LOT: 23K07  
PPV: 171,70 OH

# AXAIR 250 mcg

Propionate de Fluticasone

Poudre pour inhalation **en gélules**

**60** gélules

Voie inhalée  
Avec Inhalateur



**250 mcg**

Propionate de Fluticasone  
Poudre pour inhalation en gélules