

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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



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

Déclaration de Maladie

M24- 0004336

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1397 Société : 90961

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ksini Najid

Date de naissance : 15/07/1951

Adresse : 83 Rue Nouar Ben Nassen Cas

Tél. : 066623101 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 : 26/02/2024

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
- 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 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 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 / 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 : Mou Ksimi Nejma Ep Taitry  
Matricule : 1387 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : 83, Rue Moussie Bouda Nasser  
Tél. : 0661623707 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Majia Ksimi Age :                    
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 Casa, le 16/02/2024 Signature et cachet du médecin : [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 875939  
Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



MUPRAS



## RELEVÉ 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		Carthol		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IDEAL Dr. en Pharmacie de Paris V 21, Rue Jaffa Ibou Attia Bourgogne Tél: 05 22 20 14 86 I.E. 00170 342000085 INPE 092033943	16/02/2024	559,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(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. Hind BAKKAL

Spécialiste en Pneumo-Phthisio-Allergologie

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie Casablanca  
Asthme - Tuberculose - Allergie  
Bronchoscopie  
Tests cutanés - EFR (Spirométrie)  
Aide au sevrage tabagique  
Maladies professionnelles  
Ronflements et apnées du sommeil



## ذ. هند بقال

أخصائية في أمراض التنفس، الحساسية و الربو

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
الضيقة، السل و الحساسية  
الفحص بالمنظار  
فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية  
الإقلاع عن التدخين  
الأمراض المهنية  
الشخير و توقف التنفس أثناء النوم

Casablanca le 16/02/2024 : الدار البيضاء

Mme Najia Ksini

171,70

1) Axaair 250.  $\mu$  5 vgs (1 semaine)

73,40

2) Evluc 5 vgs (1 semaine)

190,00

3) Dexamax 5 vgs (3 semaines)  
2 vgs  $\times$  2/5

72,00

4) Peralin 5 vgs  $\times$  2/5

52,80

5) Gedes 20 vgs 1 vgs 1/5

Pharmacie IDEAL  
Dr. en Pharmacie de Paris V  
21, Rue Jaffar Ibnou Atria Bourgogne  
Tél: 0532 20 14 86  
ICE: 001703342000085  
INPE: 092033943

559,90

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

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

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

PPC :72 DH 00

PPV

LOT

PER

93,40



PPC :72 DH 00

93,40

93,40

93,40

93,40

93,40

LOT 220286  
EXP 09/2024  
PPV 52.80DH

**OEDDES®**  
—  
oméprazole



Microgran



DURÉE



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

# **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**