

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

M23- N° 0040153

AN - le 5/01/2024

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

PR4FR05/V2/2010-2023

Matricule : 12013

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Rholam HANÉ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661409323

Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M23- N° 0040153

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 : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

8210400

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU CŒFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# 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 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 remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
 - L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL  
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
 - PREVENTORIUM  
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, 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 DÉPÔT

AÉROPORT 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 1627504

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : Rholam Incine

Matricule : 12013 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : 06 62 40 93 23 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Rholam Incine Age 30

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 3/01/2024

Nature de la maladie : rhinite dentaire

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

A Casablanca, le 3/01/2024 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHÉRENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 1627504

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

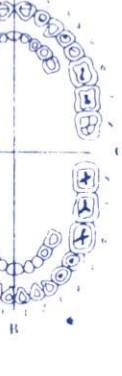
## VOLET ADHERENT

\* 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	
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				MONTANT DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">560</span>
				MONTANT DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">120000</span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3/01/2024</span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION 				

DR kaf widad

Ms. IMANE RHOLAM

10 Avant

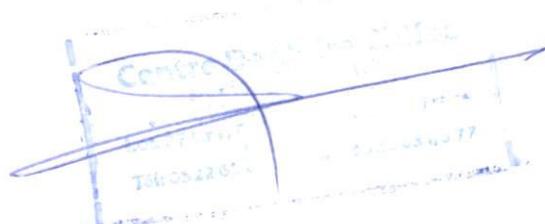
Né(e) le : 01/01/1901  
Numéro INSEE :



Date du cliché : 03/01/2024

Localisation :

Commentaire :



DR kaf widad

Ms. IMANE RHOLAM

25 Avant

Né(e) le : 01/01/1901  
Numéro INSEE :



Date du cliché : 03/01/2024

### Localisation :

### Commentaire :

# 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 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 1627505

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Rholam Imane  
Matricule : 12013 Fonction : Chq de Cabine poste  
Adresse : Que Taddart, Rés. des Perles de California, K8, 2<sup>etage</sup>  
Tél. : 0661 409323 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Rholam Imane Age 01501182  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 3/01/2004  
Nature de la maladie : séns. lumbaires  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A le 03/01/2004 le 03/01/2004 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 1627505  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé :  
Nombre de pièces jointes :  
Réf. Imp. 302 216 025



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **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
	31/01/2024	110€ + 100€ au la 15 15 600,00	15
		sin ceul 24	
		29/01/24	
		Centre Dentaire La Chifaa Lot 37 G.W. 100 Tél: 0522 65 66 77	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	DATE DU DEVIS		
	DATE DE L'EXECUTION		
	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	MONTANT DES SOINS		
	DÉBUT D'EXECUTION		
	FIN D'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 191381  
N° Dossier externe: PEC-12013 19-01-24  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: RHOLAM IMAN  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 19-01-2024  
Date de fin:  
Date de saisie: 19-01-2024  
Événement:

Commentaires pour l'édition

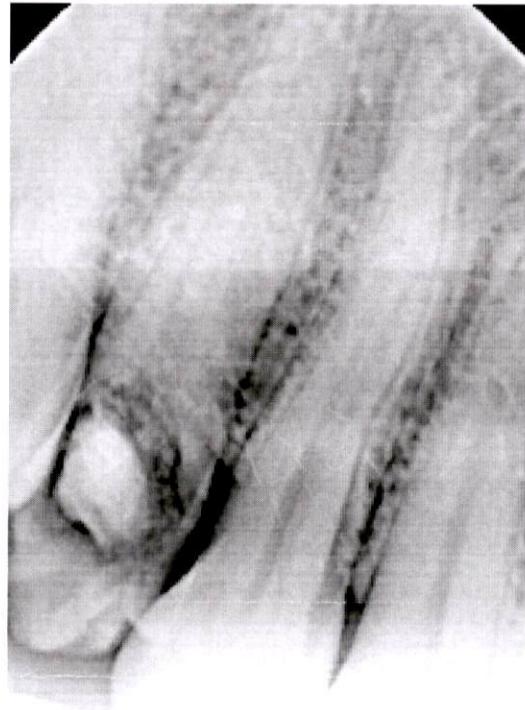
**Ajouter**

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
23-01-2024	Manuel	ATTENTION!!!!!!15 ET 26 DEJA ACC AUTRE DOSS 170131 LE 31 7 23 MEME

 Avant

Né(e) le : 01/01/1901  
Numéro INSEE :



Date du cliché : 03/01/2024

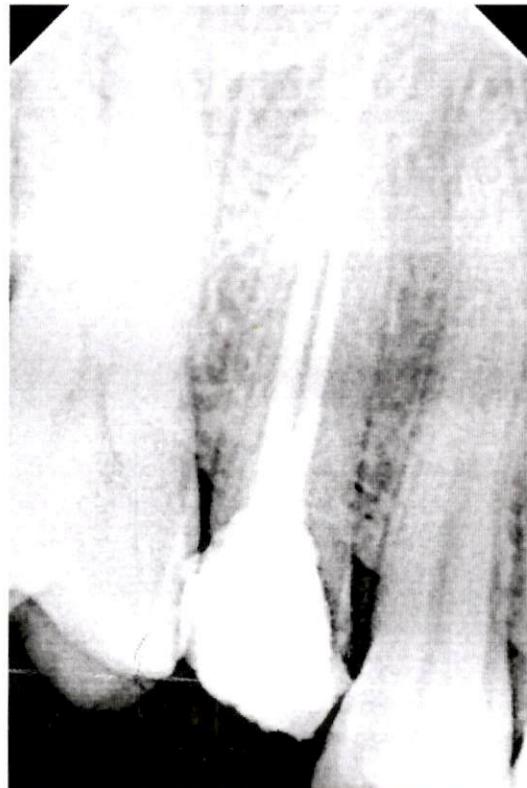
Localisation :

Commentaire :



10 Après -

Né(e) le : 01/01/1901  
Numéro INSEE :



Date du cliché : 29/01/2024

Localisation :

Commentaire :

TC + coup sur  
la (15)

