

# 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.

## Diagnostique 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



par poste

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010480

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07002 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : SAMIR HAVARI Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 16 16 16 85 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 : .....

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 N° P19-0010480

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Matricule : .....

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e). 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)
- CNSY = 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 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 AN  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAI

## FEUILLE DE SOINS

07002

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : M. SAMIR HOUARI  
Matricule : 07002 Fonction : R. Poste : /  
Adresse : /  
Tél. 06.16.16.16.85 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HOUARI Samir Age 10 01 14 2  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : le 24/09/19  
Nature de la maladie : Capsulotomie  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances non  
A [Signature] le 24/09/19 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

avant tout usage : 1434/1001

Dr. MOUHAMED S.  
Ophtalmologiste  
App. 2, Imme. 1, Rue Oued Z.  
Agdal - Rabat  
GSM: 0661 11 41 21 / 06 73 53 53 53



RELEVÉ 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
24/09/1998			300,00	Dr. MOUHOUD H. Ophthamologue Agdal - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBRAHIM KHALDOUN Mme K. HALOUI 176, Av. des F.A.R. MEKNES	25/09/2019	134,20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. MOUHOUD H. Ophthamologue Agdal - Rabat	24/10/19	OCT	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des :																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D 00000000	00000000 G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	D 00000000	00000000 G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'				DATE DE L'EXECUTION												

**Dr. Halima Saadya MOUHDI Epouse CHELLAOUI**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de la Faculté de Médecine et de

Pharmacie de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Chirurgie de cataracte et traitements lasers

**الدكتورة حليلة السعدية موهدي**

**اختصاصية في طب وجراحة العيون**

حاصلة على شهادة الطب من كلية الطب

والصيدلة بالرباط

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون

جراحة المياه البيضاء والعلاج بالليزر

Dr. MOUHDI H.S.  
Ophthalmologiste  
Appt. 2, Imm. 74, Rue Oued Ziz  
Agdal - Rabat  
GSM: 0661 11 61 70 / Tel: 05 35 52 47 28

24/09/2010

HACHOUARI

1/ Laser/az OG capsulo

2/ Acular Collyre  
-38,90

1 gtt x 4/j OG x 15 jr

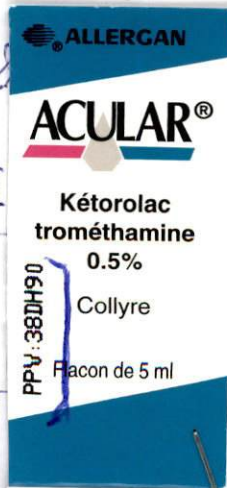
2/ Xola

95,20 1 gtt Matin et Soir x 15 jr

134,10



Dr. MOUHDI H.S.  
Ophthalmologiste  
Appt. 2, Imm. 74, Rue Oued Ziz  
Agdal - Rabat  
GSM: 0661 11 61 70 / Tel: 05 35 52 47 28



Lot n° :  
Fab :  
EXP :

Ouvert le: \_\_\_\_\_

Fabriqué par les Laboratoires  
**ALLERGAN**  
Westport, Co. Mayo, Irlande  
Importé par les Laboratoires

Route Régionale  
Casablanca/Mohammedia  
N°322, km 12,400 Ain  
Harrouda 28630,  
Casablanca-Maroc



25/10/10  
9/10



(Dorzolamide)

SOLUTION  
OPHTALMIQUE  
STÉRILE

مجموع فارما  
Jamjoom Pharma

5ml

PPV : 95DH20



Imm 74 Appt n°2 Rue Oued Ziz Agdal - Rabat - GSM : 06 61 11 61 70 / Cabine

Patente : 25771867 - I.F : 40467248 - E-mail : halima.mouhdi@gmail.com



**Dr. Halima Saadya MOUHDI Epouse CHELLAOUI**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de la Faculté de Médecine et de

Pharmacie de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Chirurgie de cataracte et traitements lasers

**الدكتورة حليلة السعدية موهدي**

**اختصاصية في طب وجراحة العيون**

حاصلة على شهادة الطب من كلية الطب

والصيدلة بالرباط

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون

جراحة المياه البيضاء والعلاج بالليزر

Rabat le, .....

**14/10/2019**

## **FACTURE**

Mr. HAOUARI Samir

Tomographie en cohénrence optique : 1000dh

  
Dr. Halima Saadya MOUHDI  
Ophthalmologiste  
06 61 11 61 70 - 05 37 68 68 55  
Rue Oued Ziz Agdal - Rabat