

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### biologie 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.

### ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### ntaire :

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

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**



## Déclaration de Maladie : N° S19-0018490

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8577 Société : .....

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

Nom & Prénom : MABTY Mohamed Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 05 22 90 67 97 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) : .....



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM  
JOUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
opérations 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 intervenir 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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 738454

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MABTY - MOHAMMED  
Matricule : 2577 Fonction : Retraite Poste : -  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0522906797 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MABTY FATIMA  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 07 SEP. 2019  
Nature de la maladie : HSD, l'arythmie n° 1  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca le 07 SEP. 2019  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin  
Dr. S. M. M. Cardologue  
Angle Rte. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane  
Bât. Communal N° 10 - 1er Etage H. Hassan  
Casablanca - Tél : 0522 91 31 37

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 738454  
Matricule N° : 2577  
Nom du patient : FATIMA  
Date de dépôt : 07 SEP. 2019  
Montant engagé : 25000 + 1465,20  
Nombre de pièces jointes : 2 Pièces





## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17 SEP 2010     | C 2<br>24         |                       | 25010                           | Docteur SOALY<br>Cardiologue<br>Boulevard d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane<br>Imm. Communal N°10 - 4 <sup>ème</sup> Etage H. Hassan<br>Casablanca - Tél. 0522 91 31 31 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE EL LOUFI<br>Mme. BENZILLOU NEAMA<br>313, Bd. Oued Tensifi, El Ouifa<br>Casablanca - Tél: 022 91 00 23 | 07-09-19 | 1465.20               |

## 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 |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                 | 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|----------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|---|--|----------|--|----------|------------|--|------------|----------|--|----------|----------|---|----------|-------------------------|
|                            |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             | MONTANT DES SOINS       |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             |                         | H |  | 25533412 |  | 21433552 | D 00000000 |  | 00000000 G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 | B | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                            |  | H                |             |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            | 25533412   |                  | 21433552    |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            | D 00000000   |                  | 00000000 G  |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            | 00000000   |                  | 00000000    |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            | 35533411   | B                | 11433553    |                         |   |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |   |          |                         |
|                            | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | 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

Docteur M. SOU  
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de F

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

Echo - doppler Cardiaque - Holter

Casablanca, le

07 SEP. 2019

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

M → MARSY X FATIMA  
203.00 x 4

- COTAREG S.V. → 600

16.90 x 2

- Caramat S.V. 25

Traitement du Burs  
109.00

- 15. Stier S.V. → 10 x 2g  
28.40

- Konef S.V. → 10 x 2g  
94.00 x 3

- Ferplex S.V. → 10 x 2g x 2g x 2g

1465.20

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutalel

N° 10 1er

Tél. : 0522

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0.185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0.185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0.185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047