

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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](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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050368

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12448 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : El Khedri Houd

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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° M21-050368

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 : .....



# 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
EVENTORIUM  
JOUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
successifs 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 venir 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 635816

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL KHADIRI HIND  
Matricule : 12445 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : 128, Res Marina Blanca Dar Bouazza  
Tél. : 0661654161 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MIKOU Rania Age : 12 | 3 | 06 | 08  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : 27/12/2021  
Nature de la maladie : Varielle  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A CASA le 28 / 12 / 2021 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 635816  
Matricule N° : 12445  
Nom du patient : MIKOU RANIA  
Date de dépôt : 987  
Montant engagé \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : 2





## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Des<br>s | Natures des<br>Actes | Nombre et<br>Coefficient | Montant détaillé<br>des Honoraires | Cachet et Signature du Médecin<br>attestant le Paiement des Actes                  |
|----------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 25/04/21 |                      |                          | 25000                              |  |
|          |                      |                          |                                    |                                                                                    |
|          |                      |                          |                                    |                                                                                    |
|          |                      |                          |                                    |                                                                                    |
|          |                      |                          |                                    |                                                                                    |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| et du Pharmacien<br>du Fournisseur                                               | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 28/04/21 | 734.00                |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ch et Signature du<br>atoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant des<br>Honoraires |
|-----------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
|                                               |      |                                 |                           |
|                                               |      |                                 |                           |
|                                               |      |                                 |                           |
|                                               |      |                                 |                           |
|                                               |      |                                 |                           |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| ch et Signature<br>du praticien | Dates des<br>Soins | Nombre |      |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------|--------------------|--------|------|----|----|------------------------------------|
|                                 |                    | AM     | P.C. | IM | IV |                                    |
|                                 |                    |        |      |    |    |                                    |
|                                 |                    |        |      |    |    |                                    |
|                                 |                    |        |      |    |    |                                    |
|                                 |                    |        |      |    |    |                                    |
|                                 |                    |        |      |    |    |                                    |

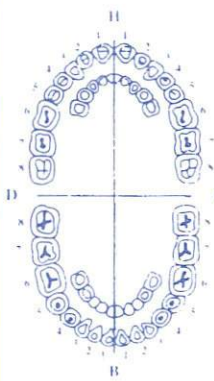
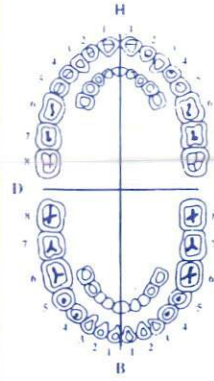
## VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs  
és 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------------|---|--|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|--|---|--|-------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             | MONTANT<br>DES SOINS <input type="text"/>       |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>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<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
| 25533412                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 21433552            |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
| 00000000                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 00000000            |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
| D                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | G                   |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
| 00000000                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 00000000            |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
| 35533411                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 11433553            |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | MONTANT<br>DES SOINS <input type="text"/>       |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>           |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/>     |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |             |                                                 |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                                                 |

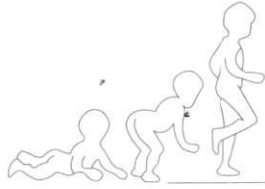
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Khalid AMAR**

**Pédiatre**

Spécialiste de l'Asthme  
et des maladies allergiques  
de l'enfant



**الدكتور خالد عمار**

إختصاصي في أمراض الطفل  
أمراض الحساسية عند الطفل  
مرض الربو ( الضيقة )

Casablanca le 28/04/2021 في الدار البيضاء

**Enfant Rania MIKOU**

Age : 12 ans et 10 mois

Poids : 56,000 Kg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
MENACTRA 0.5 ML SOL  
INJ 1FL  
PPV : 734,00 DH



1 boîte

734.00

1) MENACTRA SOL INJ



**PHARMACIE DAR BOUAZZ**  
**ZAHZOUHI Amina**  
Dar Bouazza Oulad Jerrai BP 0  
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

**Dr Khalid AMAR**  
Pédiatre  
72, Bd Zerketouni E 4<sup>ème</sup> Etage, N° 12  
Casablanca, Tél: 05 22 47 45 72