

## 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 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.

6594

**Déclaration de Maladie : N° S19-0018353**

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 1086 Société : ACCUETE

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERROUMAH Date de naissance : 01-01-4

Adresse : MALIKER

Tél. : 0615918547 Total des frais engagés : 10.000,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 OCT 2019

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : MALIKER Le : 29 / 10 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |   |   |
|---|---|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                  |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre   | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute          |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin   | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière               |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                     |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z = Electro - Radiologie  |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B = Analyses  |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes   |   |

## 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                  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU             | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                   |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                      | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit        | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                 |                                   |

## 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 : 91.26.46/2648/2649/2857  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS N° 0385623

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **KERROUM Ahmed**  
Matricule : **1086** Fonction : **RETRAITE** Poste :  
Adresse : **MARRAKECH**  
Tél : Signature Adhérent : *[Signature]*

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age **01** | **01** | **4**  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : **28 AOUT 2019**  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances  
**ACCUEIL**  
A ..... le ..... / ..... / .....  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin : *[Signature]*

## VOLET ADHERENT

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

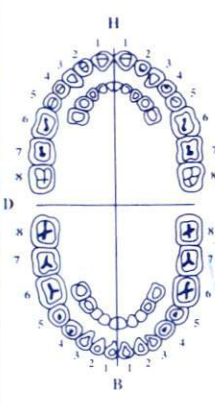
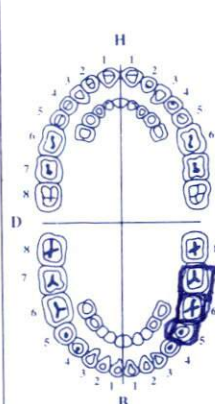





**SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

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 style="width: 100px;" type="text"/>												
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>												
	3 C.C.M + 1 F.M.			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

  
**Dr Hssan BEN DANNOUN**  
 318 ...  
 Hay ...  
 Tel: 05 24 300 300

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

  
**Dr Hssan BEN DANNOUN**  
 318 ...  
 Hay ...  
 Tel: 05 24 300 300

**Dr. Ihssan Ben DANNOUN**

Ancien médecin au CMD  
Centre de Médecine Dentaire  
(Santé Publique)



**الدكتور إسماعيل بنظون**  
طبيب جراحي للأسنان و أمراض الفم  
سابقا بمركز طب الأسنان  
( الصحة العمومية )

Marrakech , le : 10/10/19 : مراکش ، في :

**ORDONNANCE**  
**Certificat Médical**

N. de la F. 69, 16.84.90

35 F.M. 100 100,000

- Bridge elements  
[35 - 36 - 3A] 2540 900000

Fatal. 2640 second  
Dix in the plm.

Dr Ihssan BEN DANNON  
Chirurgien D'Orthopédie  
318, Unité V, Média El Fassi  
Hay Mohammadia - Marrakech  
Tél : 05 24 300 300

318، الوحدة الخامسة شارع علال الفاسي الحي المحمدي - مراكش - الهاتف : 024 31 28 72  
318, Unité V Av. Allal El Fassi Hay Mohammadi - Marrakech - Tél. : 024 31 28 72