

# 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.

## 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.

## Optique :

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.

## Prothèse :

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)

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° P19- 0043046

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5604 Société : .....

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

Nom & Prénom : Fatima Uenle Oualichach

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 : Fatima

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) : [Signature]



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien</li><li>= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)</li><li>= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre</li><li>= Visite de jour au domicile du malade par le médecin</li><li>= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin</li><li>= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade</li><li>= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié</li><li>= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie</li><li>= Actes de chirurgie et de spécialistes</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence</li><li>SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme</li><li>AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute</li><li>AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière</li><li>AP = Actes pratiqués par un orthophoniste</li><li>AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste</li><li>R-Z = Electro - Radiologie</li><li>B = Analyses</li></ul> |
|--|--|

## 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

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>HOSPITALISATION EN CLINIQUE</li><li>HOSPITALISATION EN HOPITAL</li><li>HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM</li><li>SEJOUR EN MAISON DE REPOS</li><li>LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit</li><li>actes répétés en plusieurs séances ou actes</li><li>soins comportant un ou plusieurs échelons</li><li>dans le temps.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES</li><li>- L'ORTHOPEDIE</li><li>- LA REEDUCATION</li><li>- LES ACCOUCHEMENTS</li><li>- LES CURES THERMALES</li><li>- LA CIRCONCISION</li><li>- LE TRANSPORT EN AMBULANCE</li></ul> |
|--|---|

## 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

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 N° 434037

#### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : VUE DU MARCHÉ PATINA  
Matricule : 80068 Fonction : VUE Poste : [Signature]  
Adresse : .....  
Tél. : 0675161214 Signature Adhérent : .....

#### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Abdelkrim Fatima Age : 23 7 19  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 23/7/19  
Nature de la maladie : Diabète  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances : .....  
A : Narrakch le 23/7/19  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin  
Dr Taddarat Zaima  
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition  
Tél : 05 35 55 55 55  
Maroc

#### VOLET ADHERENT

##### DECLARATION

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





## 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
23/07/19	C2		209,00	DR Taddarat Zainab

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE IBN AL QUAM 31/32 M23-11 Doukha Tél: 05.24.34.55.45	23/07/19	143,80

## 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

**Dr Taddrarate Zainab**

**Médecin Spécialiste**  
**en Endocrinologie, Diabétologie**  
**et Nutrition**

- Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier en Nutrition et Traitement de l'Obésité
- Diplôme universitaire en Échographie thyroïdienne et générale
- Ex medecin à l'hôpital Ibn-Tofail et CHU Med VI



**الدكتورة تدررت زينب**

**طبيبة اختصاصية**  
**في أمراض السكري، الغدد**  
**و التغذية**

- دبلوم جامعي في التغذية و علاج السمنة (مونتوليبي - فرنسا)
- شهادة جامعية في الفحص بالصدى
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن طفيل و المستشفى الجامعي محمد السادس

Marrakech le : .... 23/11/19 : مراكش في

*Abdelkrim Fatiha*

*3620*  
*10760*

*Stagid*

*1cp x 24*

*x 3 mois*

*16380*

**Dr Taddrarate Zainab**  
**Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition**  
App # 1 - étage, résidence Meryem,  
Avenue Dakhla (Av. Al-Ahbass) Massira 1C - Marrakech  
Tél : 05 24 34 13 24

**PHARMACIE IBN AL OUAM**  
31/37 Massira 1C - Marrakech II  
Tél : 05 24 34 65 46

شقة 10 (الطابق الأول) إقامة مريم، شارع الداخلة (شارع الأحباس) المسيرة 1C، مراكش  
Appt 10, 1er étage, rés. Meryem, av. Dakhla (Av. Al-Ahbass) Massira 1C - Marrakech

Tél : 05 24 34 13 24 - Email : taddraratezainab@gmail.com



**STAGID® 700 mg**  
metformine embonate  
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites  
تعليمات الجرعات

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
اللائحة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



LOT 190199  
EXP 01 2022  
PPV 107.60

107,60

**STAGID® 700 mg**

metformine embonate

**30 COMPRIMÉS SÉCABLES**  
VOIE ORALE

**30 قرصا قابلا للتقطع**  
عن طريق الفم

**Merck Serono**

LOT 182400  
EXP 11 2021  
PPV 36.20

36,20

