

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

**itions 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.

**ologie 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.

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

**ducation :**  
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.

**taire :**  
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.

**adie 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



MUPRAS  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

01 OCT 2019  
ACCUEIL

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3101 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL IMAM ALABI FATIMA  
Date de naissance : Sabir Mohamed  
Adresse :  
Tél. : 06 63 74 70 67 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : SABIR FATIMA 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 :

- |                                                                                                             |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 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 kinésithérapeute         |
| 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 échelons   | - 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



DATE DE DEPOT

# 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° 477219

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SABIR Mohamed  
Matricule : 3101 Fonction : Retraite Poste : 9  
Adresse : hab. tuel  
Tél. : 0663 747067 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SABIR Fatima Age :              
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :           
Nature de la maladie : Hypertension Artérielle - Diabète - Thyroïdite  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :     
A    le    /    /    Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

N° 477219

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
05-07-2019		300,00		
04-07-2019				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie REGIONALE TAZI Adnane 80, Bd. de la Liberté Casablanca Tél : 0522 31 33 94	05-07-2019	97,70

# 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	

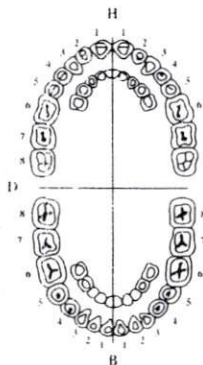
# VOLET ADHERENT

\* 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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX																									
		<table><tr><td>H</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		H				25533412		21433552		00000000		00000000	G	00000000		00000000		35533411		11433553		B				MONTANT DES SOINS	
H																													
25533412		21433552																											
00000000		00000000	G																										
00000000		00000000																											
35533411		11433553																											
B																													
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

04.07.2019



Sobir Fatue

Professeur Zaid Driss  
Néphrologie  
Dialyse

HLA

Cefeme a jeun

TSH<sub>v</sub>

**Professeur ZAID Driss**  
Néphrologie  
Centre de Maladies Rénales Dialyse  
Al Hayat Oasis  
29, Rue Edmond Rostand - Oasis  
Casablanca





# CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

07.07.2019

Professeur Zaid Driss  
Néphrologie  
Dialyse

Sabr fatime

Trab diosms

97.75

Amp 5

18/

MYCODERME® 1% CREME  
Tube de 40 g  
6 118000 230151

LOT: 08019046  
PER: 07-2024  
PPU: 36,70 DH

ASKAROIL® 75 mg  
30 comprimés dispersibles

6 118000 1033189

PPU 220440  
EXP 05/2021  
LOT 94026

Professeur Zaid Driss  
Néphrologie

Centre de Maladies Renales Dialyse  
Al Hayat Oasis  
29, Rue Edmond Rostand - Oasis  
Casablanca



Pharmacie RÉGIONALE  
TAZI Adnane  
80, Bd. de la Liberté  
Casablanca  
Tél. : 0522 21 33 84

INP 092050244





# CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

2, Rue Jean Rostand Oasis

090061938



## F A C T U R E

N° : 502 / 2019 du 05/07/2019

Nom patient	SABIR FATIMA	Entrée	05/07/2019
	PAYANTS	Sortie	05/07/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00	CONSULT	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

