

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

## Informations 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.

## 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.

## 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)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048115

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société : .....

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


Nom & Prénom : EL Yamany Mohamed

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 : .....

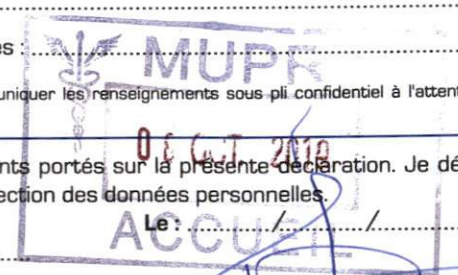
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....



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'Hayat  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## conditions générales

### 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 courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
- R - Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

### R L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôleur 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 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 confidentialité au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

### LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

PITALISATION EN CLINIQUE  
PITALISATION EN HOPITAL  
PITALISATION EN SANATORIUM OU  
NTORIUM  
R EN MAISON DE REPOS  
CTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
répétés en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs actes échelonnés  
temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

### EN CAS D'URGENCE

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° 121980

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Elyamany Med  
Matricule : 1013 Fonction : retraité Poste :  
Adresse : 12 lot baalaj, rue 1 étage 3  
Bourgoyne Casa Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Elyamany Elmhay Sidi Age : 77 / 1943  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 05/10/19  
Nature de la maladie : Affect. Urologique  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
A Casa le 05/10/19  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 121980

Matricule N° : 1013  
Nom du patient : Elyamany Med  
Date de dépôt :  
Montant engagé : 182070  
Nombre de pièces jointes : 1 p



MUPRAS



## 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
05/10/19	C2		300,00	 Dr. EL ALLALI Naoual 744, Rue Boudiaf - Bp. 10000 Boulogne - Casa - Tel : 822.48.74.43

## EXECUTION DES ORDONNANCES

**Pharmacie La Corniche**  
319, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax : 05.22.27.67.03  
EL ALLALI Naoual

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	05/10/19	1520,70

## 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	

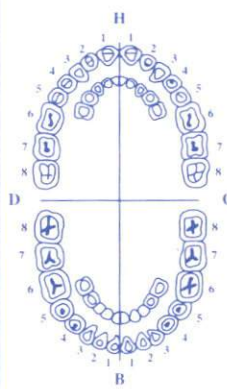
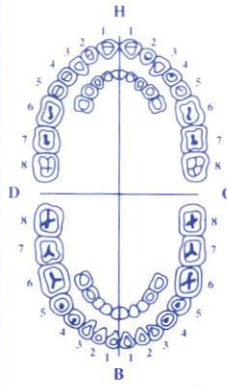
VOLET ADHERENT

\* 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

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	D	G																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction)			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**Dr. My Larbi KHADDOU**

**Chirurgien Urologue**

Maladies et Chirurgie des Reins,  
des Voies Urinaires et Organes Génitaux

- Exploration et Chirurgie Endoscopique
- Lithotripsie Extra-Corporelle
- Stérilité Masculine et Impuissance Sexuelle
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'Enfant
- Echographie Urologique

Ex. Chirurgien Urologue des Hôpitaux Militaires  
(Dakhla, Hôpital Militaire Med V Rabat)



مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية

مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية

مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية  
مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية  
مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية  
مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية

مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية  
مختار من الجمعية المغربية لأمراض المسالك البولية والتناسلية

**ORDONNANCE**

Casablanca, 05/10/19

Mr EL YAMANI ELMGHARY SIDI MOHAMED



Pharmacie La Corniche  
Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.27.67.03  
Fax: 05.22.27.67.03  
EL ALLALI Naoual

1) COMBODART

1cp / j le soir au coucher pd 3mois

2) CIPROXINE 500mg

1cp 2x/j pd 10j

3) FELDENE

1cp/j pd 10j

**Pharmacie La Corniche**  
319 Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax : 05.22.27.67.03  
EL ALLALI Naoual

RDV dans 3 mois

Dr. My Larbi KHADDOU  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
744, Rue Boukraf - Bd. Goulmima  
Bourgogne - Casa - Tél. : 022.48.74.43

LOT: M0047  
EXP: SEP 2023  
PPV: 196,50 DH

LOT: M0047  
EXP: SEP 2023  
PPV: 196,50 DH

06 66 40 85 04 : - المحمول

Résidence Hanan Jassim

UT. AV. :

LOT N :

**FELDENE**  
20mg Piroxicam  
10 COMPRIMES Dispersibles

PPV :

41,70

بان جاسم - زنقة بوكراف شارع كولميما - الطابق مافوق السفلي

Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 48 74 43 - GSM : 06 66 40 85 04