

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

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



## Déclaration de Maladie

W21-851491

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10564 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMAZZAR Khadifa

Date de naissance : 04/06/1970

Adresse : 201855

Tél : 0650716178 Total des frais engagés :

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 832251

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_  
Matricule : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_ Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AMAZAR ICHAYIA Age 04 06 70  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 04/02/2024  
Nature de la maladie : cecième avec douleur de l'abdomen  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : Bras armé à domicile  
A CASA, le 04/02/24 Signature et cachet du médecin : [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois



## VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 832251

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



MUPRAS



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
04 01 01 01		01	4015	26.35/7

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
0.263/8917	01/01/04	215	12115

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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.

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LA  
PROTECTION SOCIALE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
MOHAMED BAOUAFI



BON D'EXAMEN

Mr/ Mme : AMIRAL Madja

Service : urgences

N° D'ENTREE : .....

N° d'examen : .....

DATE : 06-02-2024

Renseignement

clinique : .....

Examen

demande : Dx pied + cheville st



د. العمري  
طبيب عام  
استشاري  
مستشار

FTP

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITAIER PREFECTO  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة والحماية  
الإجتماعية  
مركز الإستشفائي لعمالة  
داء مرس السلطان  
مستشفى محمد بوافي  
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

**SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE**

NOM : **AMAZZAR** PRENOM : **KHADFJA**  
DATE : **7 4 823** HEURE :  
N° SAU :

**MOTIF DE CONSULTATION :**

- MALADIE
- IMPRUDENCE
- VIOLENCE
- A V P
- A T
- INTOXICATION
- BRULURE
- MATERNITE
- AUTRES

**10 / 8884**

**C II**

SIGNE



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITAIER PREFECTO  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة والحماية  
مركز الإستشفائي لعائلة  
داء مرس السلطان  
مستشفى محمد بواقي  
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

**SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE**

NOM :

PRENOM :

DATE :

HEURE :

N° SAU :

MOTIF DE CONSULTATION :

- MALADIE
- IMPRUDENCE
- VIOLENCE
- A V P
- A T
- INTOXICATION
- BRULURE
- MATERNITE
- AUTRES

IPe 24523  
NF 8709  
RADIE  
NF 8773

SIGNE

ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

N°00263539/A

Reçu de M

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
215		
213		
Total		245

Cachet du  
Service

Le  
Signature du  
Régisseur





## ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

N°00263535/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Don.		
8709		
Total		

Cachet du  
Service

Le

Signature du

Régisseur





## Quittance

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

### La Somme de

Nº 00263628/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Total		

Cachet du  
Service

Le .....  
Signature du  
Régisseur

20