

**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.

**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  
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



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 067274

ND = 29776

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 820 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : Chakir Ned .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0639 22 0469 Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Chakir Ned 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) : .....

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-067274

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 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



**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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 915274

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAKIR MOHAMED  
Matricule : 820 Fonction : RETRAITE Poste : ---  
Adresse : CITE MIBARKA BENNANI R. 72 N° 20 CASA  
Tél. : 0639220468 Signature Adhérent : CHAKIR M.

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAKIR M. Age        
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 02 JUN 2020  
Nature de la maladie : OMI - douleur poitrine  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
.....  
A CASA le 02 JUN 2020 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### 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
02 JUN 2020	e	-	1.20	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.06.20	306.10

### 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	

### 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 <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		
	H	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahim REMH

Ancien Médecin des Forces Armées Royales  
Diplôme D'Echographie Générale & Obstétricale

MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتور عبد الرحيم رمح

طبيب للقوات المسلحة الملكية سابقا  
حائز على شهادة الفحص بالصدى  
الطب العام

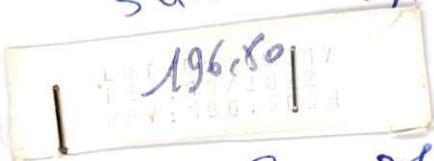
Casablanca, le : 02 JUN 2020 في : الدار البيضاء ،



CHAKIR, MOHAMED

36.60

1/ Lasilix 40



1/ Ceph Nuster

196.50

2/ dyleusis

75.00

1/ 2/ Venoxyl  
1/ 2/ 1/ 2/ 1/ 2/



306.10

صيدلية كان مبروكة  
Pharmacie CASA MABROUKA  
S.A.R.L.A.U  
102, Avenue L' Cité Mabrouka  
Tel: 05 22 37 04 39

Dr. REMH Abderrahim  
Ex Médecin des FAR  
Médecine Générale  
60, Av. Anoual - Casablanca  
Tél: 06 61 14 79 52

INPE :3270065

طبيب المستعجلات - الهاتف : 06 61 14 79 52 : Consultation à Domicile & Urgences  
60, Avenue Anoual - Mabroukka - Casablanca