

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## cique :

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.

## ntaire :

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

Nº P19- 067313

ND:38080

SN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 10370 ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : AKAAZOUNE NTOUCAL

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 : Chaque, Raym, Malik ..... 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 Nº P19-067313

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 : .....

# 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.

## 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.

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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.

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08  
L'accord de statut : [accord@mupras.com](mailto:accord@mupras.com)  
La déclaration de maladie chronique : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Signature de l'adhérent : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@mupras.com)



# Déclaration de Maladie, Nº P19-

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AKAABOUNE NAOUAL

Date de naissance :

12-04-75

Adresse :

40, Bd de Bordeaux, CASA

Tél. : 061 136540

Total des frais engagés : 661,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : CHAFEI Zayn Nalik Age : 3ans

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 : CASA

Le : 06/07/10

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# Conditions Générales

## POUR 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 courrant et de petite chirurgie
  - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- |     |  |
|-----|--|
| SF  | = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| R-Z | = Electro - Radiologie   |
| B   | = Analyses   |

## 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

L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## 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 MU 039556

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AIKAABOUNE NAOUTI

Matricule : 10370 Fonction : X PAJ Poste :

Adresse : 38 Lot Edenya, Dar Bouazza

Tél. : 0661136540 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAFAI Rayn Dik Age 20

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Vaccins

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CHAFAI, le 13/04/20 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 039556

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



## **RELEVE 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
13/04/2020	6	250		Abdelhak Min. Tarifaire CSMA 06-61-44-46

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SANIA HAT CC Anais 7 rue 29 de la Croix 75001 Paris - RCS Paris Tél. 01 42 27 40 91 - RG 0000	13/04/20	111100

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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**

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANT DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
					MONTANT DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier  
des Hôpitaux de France  
Diplômé en Réanimation Néo-Natale  
Diplômé en Médecine Foetale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire



الدكتور عبد الله زكير

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا  
جاز في إنعاش الرضيع  
جاز في طب الجنين  
جاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

CHAFFEI ZAYN MALIK.

Casablanca, le 13/04/20.

411,00 - Hexodium



PHARMACIE ANFA PLACE  
13, Bd de la Corniche  
Casablanca  
Tél.: 05 22 79 70 31 - RC : 26901

DE: Abdelhak Zakir  
Pédiatre  
N° 13, Bd. Ain Taoujte 1er étage App. 141, Casablanca  
Tél.: 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94  
GSM: 06 61 14 45 00  
Fax: 06 61 14 45 94

**Sanofi Pasteur**  
14 Espace Henry Vallée  
69007 Lyon  
France/Francia

MANUF.: 09042018  
LOT : R3L623V  
EXP/CAD: 03-2021

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2  
AIG SP  
**P.P.V: 411,00 DH**

6 118001 082063

1 seringue - 0,5 ml - 1 dose

Hexaxim

