

# 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.
- 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.

## 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.

## Prothèse dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052550

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5561 Société : 34351

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKANABI MOURAD

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 : 23/07/20 Le : 23/07/20

Signature de l'adhérent(e) :





# 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 couvrant 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

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 échelonnages

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 se présenter 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 715682

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL KANABI MOURAD  
Matricule : 5561 Fonction : Directeur retraite Poste :  
Adresse : 7, Rue Kartaja Quartier Racine Casa  
Tél. : 0663715752 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL KANABI HALIMA Age 01 10 63  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Maladie psychique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca le 19/07/2020 Signature et cachet du médecin Dr. Othman Lorabi  
Durée d'utilisation 3 mois  
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 715682  
Matricule N° : 5561  
Nom du patient : ELKANABI HALIMA / Bouh  
Date de dépôt : 23/07/20  
Montant engagé : 1560 DH  
Nombre de pièces jointes : 1






## 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
17/07/2020	CNPST		350,00	<b>Dr. Othman Lorabi</b> Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.E : 097191544 33, Rue Najib Mahoud - Casablanca Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/07/2020	1210,40

## 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
		A M	P C	I M	I V	

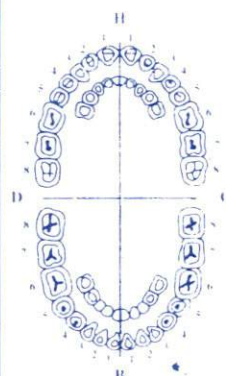
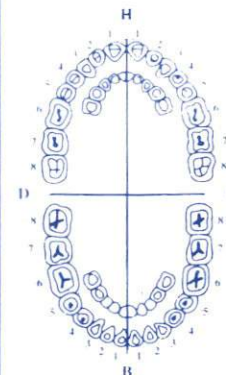
## VOLET ADHERENT

\* 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 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  <table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				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 L'EXECUTION



# Docteur Othman LORABI

Doctorat d'Etat en Médecine de la Faculté de Clermont Ferrand  
Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont Ferrand

PSYCHIATRE PSYCHOTHERAPEUTE  
THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

Sur Rendez Vous



الدكتور الورابي عثمان

دكتور الدولة خريج كلية كليرمون فيران (فرنسا)  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات كليرمون فيران

متخصص في الأمراض العقلية  
معالج نفسي معرني و سلوكي

بالموعد

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 17/07/2020

Mme EL KARABI Halima

(189, 10x4)

1/ TUNELIZ 20g

01 gélule - oo - oo

(113, 10x4)

2/ PEGIZABIN 25g

01 cp le soir

AS

N° 34324

AS

N° 34325

T<sub>2</sub> 1210,40

Dr. Othman Lorabi  
Psychiatre - Psychothérapeute  
I.N.P.E : 091191544  
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca  
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Dr. Othman Lorabi  
Psychiatre - Psychothérapeute  
I.N.P.E : 091191544  
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca  
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahfoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA  
Tél : 0522 20 87 25 - Fax : 05 22 49 12 37 - الفاكس : 20060 - زنقة نجيب محفوظ - الدار البيضاء  
IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010  
www.psychiatre.ma

# MEDIZAPIN<sup>®</sup> 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 030  
PER: JUL 2022  
PPV: 113 DH 50

**Cipla**Maroc



# MEDIZAPIN<sup>®</sup> 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 030  
PER: JUL 2022  
PPV: 113 DH 50

**Cipla**Maroc



# MEDIZAPIN<sup>®</sup> 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 030  
PER: JUL 2022  
PPV: 113 DH 50

**Cipla**Maroc



# MEDIZAPIN<sup>®</sup> 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 030  
PER: JUL 2022  
PPV: 113 DH 50

**Cipla**Maroc





# TUNELUZ<sup>®</sup> 20 mg

Fluoxétine

30 gélules



189.10

Voie orale



أفريك - فار  
AFRIC-PHAR

# TUNELUZ<sup>®</sup> 20 mg

Fluoxétine

30 gélules



189.10

Voie orale



أفريك - فار  
AFRIC-PHAR



# TUNELUZ<sup>®</sup> 20 mg

Fluoxétine

30 gélules



189.10

Voie orale



أفريك - فار  
AFRIC-PHAR

# TUNELUZ<sup>®</sup> 20 mg

Fluoxétine

30 gélules



189,10

Voie orale



أفريك - فار  
AFRIC-PHAR