

## 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.

### 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 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)

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.

**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- 058210

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : DRIFLATIMA Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....


Nom & Prénom : 1127

Date de naissance : .....

Adresse : 50, Rue Gauthier, Casablanca

Tél. : 0693311923 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) : .....



# 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 kinsithérapeute
- 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.

Le 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  
VENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs échelons  
le temps.

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

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'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'Assurances Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

1127  
AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 870648

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DR. F. FATHI  
Matricule : 1127 Fonction : R Poste :  
Adresse : 50, rue Moulayine cas  
Tél. : 0693311923 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Dr. F. Fath Age       
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Cancer  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Casa le 28 / 8 / 20 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois


### VOLET ADHERENT

DECLARATION 870648  
Matricule N° : 1127  
Nom du patient : DR. F.  
Date de dépôt :  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : 250PH + 1037,10







## 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
28/8/20	C2		250,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/8/2020	1037,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28.08.2020	213	130,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

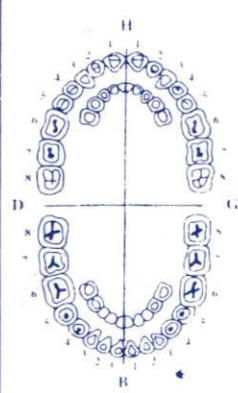
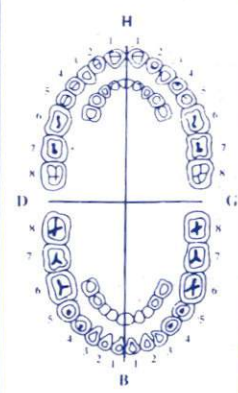
## VOLET ADHERENT

\* 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 des

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION																					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				FIN D'EXECUTION																					
<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
	H																								
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
(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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L





Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل  
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

M<sup>re</sup> Drifa Fatima

Casablanca le :

28/8/20

PHARMACIE AL MARJOL  
SEHI Lot. LI  
Sidi Rahal F  
05 22 96

1) Alyse 25

136,50

1 gel /

6 ser x 2j

puis 2 gel /

" x 2j

puis 1 gel 6 matin et 6 soir x 2 mois

49,60 x 2 = 99,20 2 gel 6 ser

2) Devere forte

149,50

1 amp a l'avec 15

3) Ceracl gel

top /

x 3 mois

Dr IBN ABDELJALIL H.  
Rhumatologue  
Immeuble de la Commune, Appt 3  
Angle Route d'Azerimour &  
Bd Sidi Abderahmane, Casablanca  
Tel 0522 89 38 88 / 95

Angle Route D'Azerimour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



total  
1037,10

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :

305046  
04/2023

PPC: 149,50 DH

compant  
**cuarti forte**

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

Lot:

191275

Per:

10.2021

PPV: 136DH50

= 651,90

4) Osteo care  
108,65 x 6 100 - 217

5 021265 244683  
Osteocare 30 CP  
PVC: 108,65 DH  
Lot: 227950A  
Ut Av: 30/04/2023  
Iphabiotics

5 021265 244683  
Osteocare 30 CP  
PVC: 108,65 DH  
Lot: 227950A  
Ut Av: 30/04/2023  
Iphabiotics

5 021265 244683  
Osteocare 30 CP  
PVC: 108,65 DH  
Lot: 227950A  
Ut Av: 30/04/2023  
Iphabiotics

5 021265 244683  
Osteocare 30 CP  
PVC: 108,65 DH  
Lot: 227950A  
Ut Av: 30/04/2023  
Iphabiotics

5 021265 244683  
Osteocare 30 CP  
PVC: 108,65 DH  
Lot: 227950A  
Ut Av: 30/04/2023  
Iphabiotics

5 021265 244683  
Osteocare 30 CP  
PVC: 108,65 DH  
Lot: 227950A  
Ut Av: 30/04/2023  
Iphabiotics

300g





Dr. Houda des O. et A. **JALIL**  
n. tologue  
Spécialiste des Maladies des Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل  
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Dr. f. Fatime

Casablanca le :

28/8/20

D Rx de la hanche gauche  
de face.

RADIOLOGIE H. V. S. S. S.  
Immeuble "C" - Sidi Abderahmane  
Route d'Azemmour - Casablanca  
Tel : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - C.A.  
Fax : 05 22 93 37 13

PHARMACOLOGIE  
Immeuble de la Commune, Appt. 3  
Angle Route d'Azemmour & Sidi Abderahmane  
Casablanca  
Tel : 05 22 89 38 88 / 95



Casablanca, le 28/08/2020

IF : 2221555

**Facture N° 2505/08/2020**

Nom patient : DRIFI FATIMA

Examen(s) réalisé(s) : RX HANCHE GAUCHE face

Date Examen(s) : 28/08/2020

Montant : 130 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**MONTANT TOTAL :**  
**CENT TRENTÉ DIRHAMS**



**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Dr. N. Faris**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**28/08/2020**

**PATIENT : Mme.DRIFI FATIMA**  
**MEDECIN TRAITANT : HOUDADR IBN ABDELJALIL**  
**EXAMEN(s) REALISE(s) : RX HANCHE GAUCHE FACE**  
**Cher Docteur,**

**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

### **Rx HANCHE GAUCHE FACE**

- Trame osseuse de minéralisation normale et homogène.
- Absence d'anomalie ostéo articulaire notable.
- Absence d'anomalie des parties molles.
- Calcification vasculaire.

**Confraternellement**  
**DR N.FARIS**

R  
A  
D  
I  
O  
  
P  
A  
N  
O  
R  
A  
M  
I  
Q  
U  
E  
  
D  
E  
N  
T  
A  
I  
R  
E  
  
N  
U  
M  
É  
R  
I  
S  
É  
ED  
O  
P  
P  
L  
E  
R  
  
C  
O  
U  
L  
E  
U  
R  
  
E  
T  
  
E  
N  
E  
R  
G  
I  
E