

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.

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 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : SAC3 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Souhaili

Ahmed

Date de naissance :

26/05/1985

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45

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 :

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

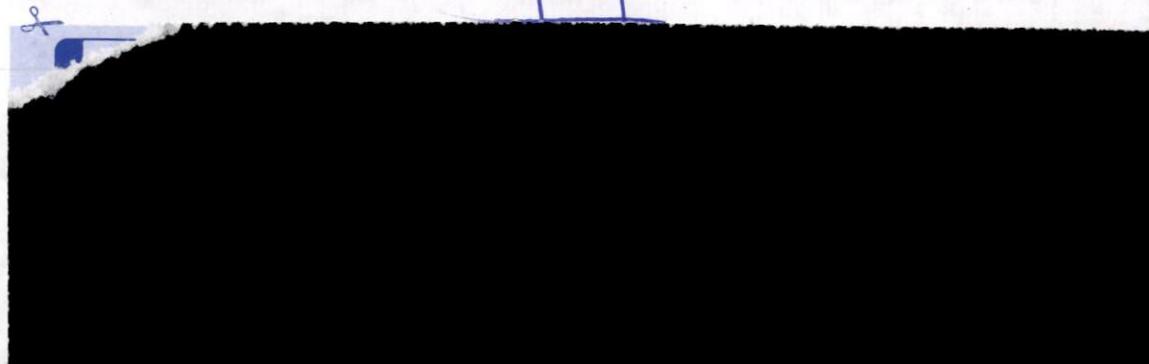
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Ram



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = 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 EFFECTUÉS 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'ORTHOPÉDIE
 - 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 Prevoyance et d'Actions Sociales
 de Royal Air Maroc

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 N° 445831

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SOUHAÏRI AHMED Age 24 | 015 | 1959

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : HIS dueite

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

A Ben elid, le 11.105.2023

Signature et cachet du médecin
 Dr. DAIF BASSAM
 Chirurgien ORTHOPÉDIQUE
 INPE: 121258289

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :

N° 445831



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/05/23 | CC | | 300 D.H. | Dr DAIF BASSAM Chirurgie Générale- INN: 121258289 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des coefficients | Montant des honoraires |
|---|---------------|------------------------------|------------------------|
| Dr NEHY WAFAA Radiologue | 11/05 2023 | ECHO INGUINO SCROTAL | 500,00 |

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 soins.

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Daif Bassam

Chirurgie Générale

Diplômé de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca



د. ضعيف بسام

الجراحة العامة

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

- Chirurgie digestive, pariétale
et endocrinienne

- Coelio chirurgie

- Urgences chirurgicales

جراحة الجهاز الهضمي
و الفدد

الجراحة بالمنظار

المستعجلات الجراحية

ORDONNANCE

Le 11/11/23

Soubaini Ahmed

Age = 64

DR NEJHY WAFAA
Radiologue

ATCD = HTA مرض ارتفاع

Histo rigide Dr

Echographie

signé Soubaini

Dr. DAIF BASSAM
Chirurgie Générale
N°PE: 121258289

344 Centre d'affaire Berrechid, Lot Nasrolah 2^{ème} Etg N° 12, Berrechid
مركز 344 برشيد تجزئة نصر الله، الطابق الثاني رقم 12، برشيد

dr.daif.bassam@gmail.com

05 22 53 44 41 / 07 02 08 80 10

PATIENT

: Mr SOUHAIRI AHMED

EXAMEN(S) REALISE(S): ECHOGRAPHIE INGUINO SCROTALE

Compte Rendu d'Examen

Les deux testicules sont de taille normale et d'échostructure homogène sans nodule décelable en leur sein mesurant :

Le testicule droit : 50x30mm

Le testicule gauche : 53x25mm

Absence de microlithiase ou de dilatation de rete testis

Les épididymes sont d'aspect normal sans dilatation tubulaire décelable

Hydrocèle bilatérale de faible abondance de contenu finement échogène.

Grande hernie inguino scrotale droite de contenu intestinal et épiploïque dont le collet mesure environ 18mm de diamètre.

Hernie inguino scrotale gauche de contenu épipélagique dont le collet mesure 12mm de diamètre.

AU TOTAL :

Hernie inguino scrotale bilatérale plus grande à droite.

Hydrocèle bilatérale de faible abondance de contenu finement échogène.

MERCI DE VOTRE CONFIANCE

ج.ب.ا.م
Clinique
46, Lot El Amal - Berrechid

CLINIQUE IBN ZOHR**F A C T U R E**N° **2 222 / 2023** du **11/05/2023**

| | | | |
|-----------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | SOUHAIRI AHMED | Entrée 11/05/2023 | Sortie 11/05/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|-------------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE | 1,00 | 500 | 500,00 | 500,00 |
| | | | Sous-Total | 500,00 |
| Total | | | | 500,00 |

| | | |
|---|----------------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CINQ CENTS DIRHAMS | Total général | 500,00 |
| | | |

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------------|--|--|--|----------------|-------------|
| | 500,00 | | | | 500,00 | 0,00 |



Clinique IBN ZOHR
46 Lot EL Amal - Berrchid