

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 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.



Déclaration de Maladie

M23-0015491

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 378 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ESSAIDI EC BATOL
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 173765 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-015491

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
- 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
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- PC = Acte de pratique médicale couvrant 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- 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 / 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 887795

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El BATOU ESSAIDI Age 01/10/1944
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : HTA
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Rabat le 22/06/2023 Signature et cachet du médecin Dr. MERGAOUI
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

887795

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



MUPRAS

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
22/06/2023	C.N.		A.G	Dr. MERGAOUI R.I. Médecin Généraliste C.S FATH - Rabat INPE : 131154593

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MASBAH AL KADIA Mme SMILI WADIA 9, Lot EL KADIA Tél : 05 77 29 00 78 INPE : 102025514 Mme EL KADIA Tél : 05 77 29 00 78 INPE : 102025514	22/06/2023	113,20

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	

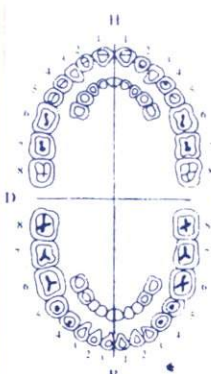
VOLET ADHERENT

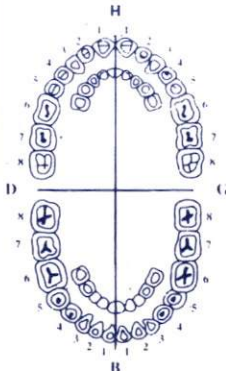
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

22/06/2023

ESLADI ERBATO

11 Prezan 50
82,70

1 up 1/2 m 03 miles

2) 30,50 modicum ang.
2 up 1/2 m 03 miles

Pharmacie AL MASSBAH AL KABIR
Mme SMIL WADIA
9, Lot El Kora - RABAT
Tél : 05 37 23 06 73
INPE : 1029 25772

Dr. MERGAOUI R
Médecin Généraliste
C.S FATH - Rabat

INPE : 131154593

10 113,20

احترط! الأدوية الموصوفة
Respecter les doses prescrites
Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II
... pendant ... jours

LOT : ZZE013
PER: 10 2027

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 300DH50



PREZAR® 50 mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables

Composition en substance active :
Losartan potassique 50 mg.
Excipients : q.s.p 1 comprimé pelliculé sécable.
Excipient à effet notoire : lactose.
AMM N° 510/15 DMP/21/NNP

PREZAR® 50mg
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables

Voie orale

botu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebsa - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacie Responsable

PPV : 82DH70
PER : 02/26
LOT : M747