

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

M24- 0003500

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2311** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MENNI EL BACHIR.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M24- 003500**

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

1200

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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
				<input type="text"/>

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)
CNPSPY = 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 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 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LES CURES THERMALES |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LA CIRCONCISION |
| - dans le temps. | - 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 343555

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MENNIFI EL BACHIR
Matricule : 2311 Fonction : Retraite Poste :
Adresse : Rue le Palmier - 2417 Route de Fesida
Tél. : 06.61.31.09.93 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HENNI EL BACHIR Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : DR Articulaires
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A CASA, le 29/04/2024 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 343555

Matricule N° : 2311 Nom du patient : MENNIFI EL BACHIR
Date de dépôt : Montant engagé 924,30
Nombre de pièces jointes : 2



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
29/04/2024		ca	ca	Dr. BOUTAIB Rhumatologue - Osteopathe 93, Bd. Med. Jérkouni - Casablanca Tel: 05 22 39 99 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Pharmacie LAZARUS MIR</i> <i>Hind Lazhar</i> <i>Route d'El Aouana</i> <i>ASBLANCA</i> <i>986697-Fax 022.30.24.78</i>	29/04/2014	324,30

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 soins.

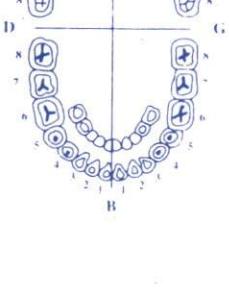
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	21433552
25533412	00000000	G
D	00000000	
	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS
et des Articulations
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)
Médecin Expert Assermenté près
les Tribunaux de Casablanca



الدكتورة لطيفة بوطيب بن صاري

إختصاصية في أمراض العظام
والمفاصل (الروماتيزم)
خريجة كلية الطب بمرسيليا
(فرنسا)

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca, le 29 AVR 2024

الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Nonnen NENNI Z-PRAC0012

3 x 115,10

Divan 6 N. 5899
141;

3 x 34,30

Andrel 6 N. 5900
141;

9 x 52,90

Shilnax 10 N. 5901
141;

7 924,30

40 =

3 mois

Pharmacie ALMOSAS
Hind LAKHMI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
Tel: 022.98.86.97 Fax: 022.98.24.76

Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa
Rhumatologue-Ostéopathie
Bd Mohamed Zerktouni - Casablanca
05.22.39.99.57

05.22.39.99.57، شارع محمد زرقطوني قرب شارع الزيراوي - الدار البيضاء - الهاتف : 283, Bd Mohamed Zerktouni (environ Boulevard Ziraoui) - Casablanca - Tél. 05.22.39.99.57

I.C.E.: 001813785000001 - INPE : 091164491

MR10

MR10

MR10

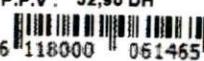
34,80

34,80

34,80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

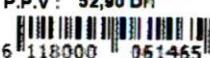
Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

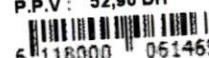
Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

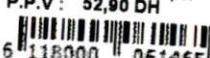
Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

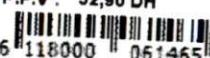
Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Stilnox 10 mg b20 cp pel
P.P.V : 52,90 DH



6 118000 061465