

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 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
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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041979

ND: 13727

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1127 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :


Nom & Prénom : DRIFI Fatima

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 :

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.

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

JOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

lobaux comportant un ou plusieurs échelonnées

ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

s actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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 MU 0041222

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DRIFI FATIMA
Matricule : 1127 Fonction : Q Poste :
Adresse : 502 rue Guelmina
Tél. : 0693311923 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DRIFI Fatima Age : 22/02/1995
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 29/04/2015
Nature de la maladie : diabète type 2
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.....

A Casa le 2/11/19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 041222

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



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
119 C2		260 DH	DR. ERRAJAJI Fonctionnaire de l'Ordre des Médecins Tél. 05.22.96.93.87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nature du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TE AL MARKAZ Lot. LEGENTIS Rahal Plage 05.22.96.93.87	2.11.19	121,00
	6.11.19	226,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Nature et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

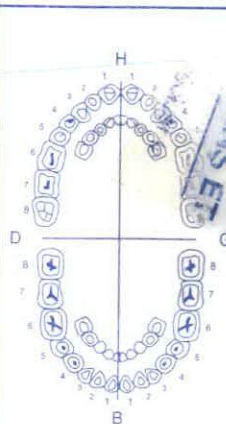
entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs
as par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES

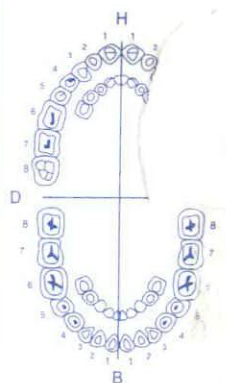
Le praticien est prié de

Important : Veuillez joindre
ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

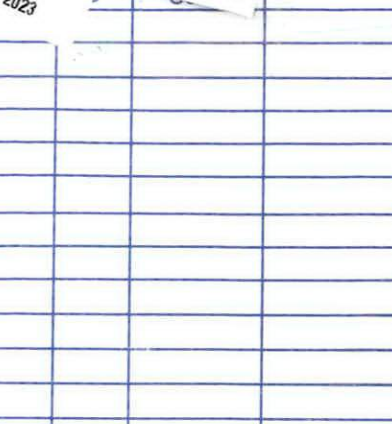


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE

praticien et

Important : Veuillez joindre
ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE

LOT D015194E.7
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194E.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194E.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194E.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194E.7
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194E.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

COEFFICIENT
DES TRAVAUX
M. DEBUT
D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebas Casablanca
Vaxigrip inj b1 ser
0.5 ml
P.P.V : 72,80 DH
5 118001 080748

COEFFICIENT
DES TRAVAUX
MONTANT
DES SOINS

هپانات
قرص 40
A consommer de
préférence avant fin :
Lot n° 03/2022
0071H

هپانات
قرص 40
A consommer de
préférence avant fin :
lot n° 07/2020
T200C

LOT C896249D.4
UT AV 02 2021
PPV 111.00 DH

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد

2/11/19

76 - DRI FI Fatima

84 111,00 = 888,00

- Hu Maibag mix 50 - (845) (50)

1205 a - di

1205 de for

- St - 875
PHARMACIE AL MARKAZ
ASSEHI LOT. LE GENNE
Sidi Rahal Plage
Tél: 05.22.96.93.87

0 - 01 - 1

72180 Vaxignir (18h)

- 4x 5660 = 12204 (18h)
5th - 18h

6860 Hepanet

x3 = 20580 - 0 - 2

2x 2400 leoty x 100 x 3
= 4880

12 KD3 NORMA 69H1 j. (185)

737, شارع مولاي يوسف، زنقة بوكراع، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء
737, Angle Bd Moulay Youssef rue Boukraa Résidence Miramar N°3, 1er Etage
Tél.: 05 22 26 52 11 / GSM: 06 64 00 98 46