

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

clamation : contact@mupras.com
se en charge : pec@mupras.com
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S'agit de garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° P19- 066142

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1012

Société : 327149

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Beggar Hikma

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/10/2022

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)
- IPSY = 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 courant 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 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.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous 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

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
qui comportent un ou plusieurs échelons
de temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

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'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 690563

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEGGAR KHDDOUI (Veuve Beldiki)
Matricule : 0001012 Fonction :
Adresse : Hay Mallay El Bdellah Rue 132 N° 46
Tél. : 06.62.40.47.84 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEGGAR KHDDOUI

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 01/01/2001

Nature de la maladie : Allergie au pollen et au canard

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

A CASA le 01/01/2001 Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION

690563

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

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
27/12/02	CS.		200,00	Dr. ZRYOUIL Ophtalmolog 52, Bd. el Khalil Hay N Abdellah - Casablanca Tel: 0522 52 38 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ASKI Med.	2/7/2008	317,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
GLE DE VISION S.A.R.L Opticien Optométriste 2 Bd. Panoramique - Casa Tél: 0522 87 36 87	11/07/2010		100	+	100	500,00 + 400,00 <u>1 500,00</u>

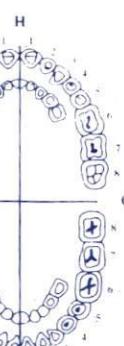
VOLET ADHERENT

* 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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT

Dr. Merieme ZRYOUIL

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

اختصاصية أمراض و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموي

رخصة السياقة

Le : 02 juillet 2020 في :

Mme BEGGAR Khaddouj



57.9

CROMABAK.COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

30.30

ICOMB: COLLYRE

une goutte x 4 / jour, les deux yeux, 8 jours



HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, les deux yeux, 3 Mois

79.-

Aflos
1app

le fin / ODG / 3 mois

317,00

Dr. ZRYOUIL Opticien
Dr. ZRYOUIL Optometriste
Dr. ZRYOUIL Optician
Dr. ZRYOUIL Optometrist



52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com

ANGLE DE VISION S.A.R.L

32, Bd panoramique - Casablanca - Tél. : 0522.87.36.87
Patente : 37981148 - R.C. : 155335 - I.F. : 1104526 - CNSS : 7335278 - ICE : 001643836000039

Facture N° : FA20/11107A

Casablanca le :

11/07/2020

NOM ET PRENOM :

M. BEGBAR Khedoudj

OD : +3,21 (-1,26 è 100°)

OG : +3,00 (-1,26 è 65°)

ADD : 2,7

2 verres prix : 1100,00

lunettes à tir réflects multiréflexes

1 monture plastique prix : 400,00



ANGLE DE VISION S.A.R.L
Opticien - Optométriste
32 Bd Panoramique - Casa
Tél: 0522 87 36 87

TOTAL : 1500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de en (DH) T.T.C. :

Quatre mille cinq cent dirhams

أيكومب®
Icomb®

Lot: WM0102
Fab: 11 19
Exp: 11 21

PPV: 30 DH 30



VitA-POS®

79,00

PPC: 7401

31.2525

150,00

2022-06

LCT 296159

PPC: 150 DH

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العين - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموي

رخصة السياقة

Le : 02 juillet 2020 في

Mme BEGGAR Khaddouj

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 3.25 (- 1.25 à 100°)

OG = + 3.00 (- 1.25 à 65°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

ANGLE DE VISION S.A.R.L.
Opticien - Optométriste
32 Bd. Panoramique - Casablanca
Tél: 0522 87 36 87

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com