

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

- 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 : 3578 Société : 38490

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMIDI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06710410205

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAMIDI Soufiane 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) :

.....

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie Nº P19-050715

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 : .....

38490

MUPRAS

02 SEP. 2020

ACCUEIL

# Conditions Générales

DATE DE DEPOT

## 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 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 échelonnements | - 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



# M U P R A S

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° 0399954

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom: HAMIDI Ahmed  
Matricule: 3578 Fonction: Retraite Poste:  
Adresse: 13e rue de l'Etoile Maroc Signature Adhérent:  
Tél. 0522 98 27 58 06 71 64 02 05

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: HADIDI Saouane Age:   
Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin:

Nature de la maladie: Démastox

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

A 00h, le 03.06.2000

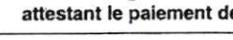
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

02 SEP. 2000

ACCUEIL

## **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
03.06.20	Ca	-	300,00	 Dr Adelina Dermato Rés El Ma ara / A

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 <b>A. DADOUN</b> 139, rue Abou Ishaq Al Marouni CASABLANCA - Tel : 0522 25 05	03/06/20	391, -

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

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

**D**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

Docteur Abdelilah ABOUR

Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

Traitement au Laser

Casablanca, le :



70	Hath Di Sensitive	
20.00	clen Den	S.V.
90.00	1 ml jom 10g	
90.00	Tege (45.00 x)	S.V.
89.00	Tegucrem	
89.00	Salon for skin	S.P.
192.00	Seda skin (S.V.) cream parent. transfij o'rim em	
192.00	Macys Zin (S.C.)	S.P.
391.00	Dr Abdellah ABOUR Dermatologue Rés. El Majd, Imm. F 2ème Etg Bd. El Qods Tél: 0522 50 68 68 - Fax: 0522 50 00 00	

إقامة العبد، عمارة F الطبق الثاني - سارع القدس - الإلالة 1 - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 50 68 68 - الفاكس 0522 50 07

Résidence El Majd, Imm. F 2ème Etg Bd. El Qods - INARA 1 - Aïn Chock - Casablanca - Tél: 0522 50 68 68 - Fax: 0522 50 00 07