

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

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.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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-

057502

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8321

Société : RAN

50631

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZIAN AZEDINE

Date de naissance :

Adresse : 292 Lot 4 PLAYDOWN CASA 1.

Tél. 05 22 93 18 09

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : BADR 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)
SY =	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 courrant 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

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

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes ébaux comportant un ou plusieurs échelonnements dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE



M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 018873

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENNANI BADR

Matricule : 8324 Fonction : CDB Poste :

Adresse : 292 lot ACAY AOUAD CASABLANCA

Tél. : 022 93 18 29 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENNANI BADR Age 20/01/1991

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 27 NOV 2020

Nature de la maladie : Décembre

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

A Casablanca, le 27 NOV 2020

Durée d'utilisation 3 mois

Signature du praticien et du médecin
DERMATOLOGUE
21 Place Sidi Nsir
n°4 CASABLANCA
Tél. 022 27 69 82

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin
27 NOV 2020	C.D.U	A	300,00	DR MABDY ZOURA DERMATOLOGUE 21 Place Charles Nicolle N°4 CASABLANCA Tél.022 27 69 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27-11-2020	419,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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	
				CŒFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ B \end{array} $			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Docteur F.Zohra EL WADY

Dermatologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Poitiers (France) - Montréal (Canada)
Ex-Médecin attachée des hôpitaux de Paris

Esthétique - Laser - Cosmétique
(Peeling, Mésothérapie, Botox,
Comblement)



الدكتورة فاطمة الزهراء الوادي

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

خريجة كلية الطب بيواتي (فرنسا) - مونتريال (كندا)

طبيبة سابقاً بمستشفيات باريس فرنسا

طب التجميل

الليزر

علاج التجاعيد

Casablanca, le :

27.11.2020

60,00 X 2 =

Mr BENNANI Badr

1 TETRALYSAL 300 mg gél : Plq/28

1 gélule par jour le soir x 1 mois au cours du repas

2 EPIDUO gel : T/30g

1 application 1 soir sur 2 sur les zones atteintes du visage

3 CETAPHIL LOT NETTOYANTE

toilette du visage sans rinçage

4 CETAPHIL DERMACONTROL LOTION H

1 application x 2 par jour

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1,27182 Bouskoura-Maroc



TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1,27182 Bouskoura-Maroc



419,60

Dr S BENGHALIM

Lot A110100 N°207

Liessebra - Casablanca

Tel. : 05 22 90 53 66

PHARMACIE LAUSANNE

Dr EL WADY ZOHRA
DERMATOLOGUE
Nicole
21 Place Luis Pasteur
n°4 CASABLANCA
Tel. 022 27 69 82

21، ساحة لويس باستور، الطابق الرابع رقم 16، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 69 82

21, Place Luis Pasteur (en face de l'institut Pasteur), - 4th floor, N°16 - Casablanca - Tel. : 05 22 27 69 82



Non Irritating Cleanser



Face & Body

Dry, sensitive skin

For sensitive skin