

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-471266

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10679	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN AÏSSA HADIA			
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 :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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)
 NPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 N = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 N/D = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 C = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 C = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 C = 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 remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
 SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPÉDIE
 - LA REEDUCATION
 - LES ACCOUCHEMENTS
 - LES CURES THERMALES
 - LA CIRCONCISION
 - 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

DATE DE DEPOT



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance 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 515734

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SENAISSA HASS
 Matricule : 10679 Fonction : AGT RIBT/ABT/ABT Poste : Stade RAI
 Adresse : 29 Rue JAAFAR IBRAHIM ATIA Bourgogne 284
 Tél. : Signature Adhérent : SENAISSA HASS

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SENAISSA HASS Age 26 01 76
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 16 OCT 2019

Nature de la maladie : A - Oeil

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

A Casa, le 16 OCT 2019, Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois



VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 10679 515734
 Nom du patient : SENAISSA HASS
 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
15.06.2019	15		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie N°100 93, Lot. Bouchra Jada 1100 Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 0522 3219 29</i>	<i>16/10/2019</i>	<i>195,70</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalair ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	D	H	G
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANT DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Marrakchi Chakib
Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse
Laser - Angiographie - Lentilles de contact
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الدكتور شكري المراكشي

الختصاري

في أمراض وجراحة العين
جراح كلية الطب بثلوز فرنسا



ZALERG 0,25 mg/ml



Calibre 5 ml - PVP : 75,00 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

CASABLANCA, le

16 OCT 2010

BouAissa Hind

1 lunette + Terres Correcteur

filter lumine bleue + AR

OD = + 0,50 (60° - 0,25)

OG = + 0,50

pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf - Casablanca
0522 321929

2 x IERS 1 fl

gatte x 3 fl ->

tout le fl



320, Boulevard ZERKTOUNI, 1er ET. CASABLANCA

TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.32.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.86.97.60

93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf - Casablanca
0522 321929

- Corrector 3 fl

→ 3 Mts

19,00 x 3/12

20,00 x 4



~~9~~

T=195,70

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 321929

