

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 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 : adhésion@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° W19-515794

ND 17861

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **2277**

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : **AROUANE KHANTJA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : **10000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :



24 JAN 2020

ACCUEIL

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : **1/1/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- S = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 S = 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 = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 D = 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPEDIE
 - 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



MUPRAS

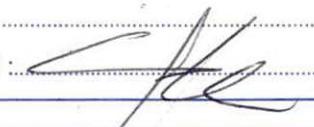
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
 de Royal Air Maroc

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 894376

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ARDOUANE Khadija
 Matricule : 2277 Fonction :
 Adresse : Rabat Ville
 Tél. : 0 6 6 2 3 9 3 9 3 0 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age _____
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : _____
 Nature de la maladie : _____
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____

 A _____, le _____ / _____ / _____ Signature et cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 894376 MUPRAS
 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 Cœfficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 36 Rue Moulay Bouchaib Derb Jamile Hay Hassoun Casablanca 05224 1016	23.01.20	37,70

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	G
25533412	00000000	21433552
00000000	00000000	00000000
D		
00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	
B		

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PHARMACIE SID EL KHADIR

1367, Rue My Bouchaib Derb Jamila

Docteur en pharmacie
UCL
BELGIQUE

R.C :209632 Patente:35005980
T.V.A : C.N.S.S:2022094
Banque:BP 2121111920430001
Tél :0522.91.30.46

Le 23/01/2020

FACTURE N°1050960

N° ICE : 001680945000009

N° IF :

<CLIENT DE PASSAGE>

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	IDOL 100MG SUPPO BT 20	37,70	37,70	2,47	7,00
					

TOTAL T.T.C :

37,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	37,70	Montant :	2,47	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Trente Sept Dirhams et 70 centimes.*

