

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 | : 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.



Declaration de Maladie

N° W19-519976

NO : 1962D

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : *cooper*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *OZASRY BENSALEM*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *HOTIK ATCHA* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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

N° W19-519976

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricole :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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)
PSY =	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



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 618241

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : VEVUE DZAIDI BEN SALEM

Matricule : 745 Fonction : _____ Poste : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HOTIK Aicha Age 37

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : Diabète

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

A casablanca le 18/12/2013 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

BEN YOUSSEF BOUDJEDD
18/12/2013
Médical - Dr J. B. Boudjedd

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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
d'obaux 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 évenir 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

VOLET ADHERENT

DECLARATION

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

618241



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
18/11/19	Ca	-	+ 250,00 -	DR. D. BELLOUADI Helle 18/11/19 DR. BELLOUADI Médecin CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Laila Attia - Pharmacie 210 Bd Roudji - Casablanca 05 22 897 83 / Fax: 05 22 25 51 04 05 22 000 204 383 0030 86 05 22 897 097 06 19 10	18/11/19	1061,02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

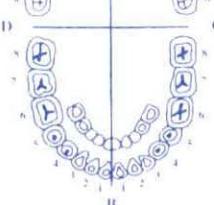
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalai ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">H</th><th style="padding: 5px;">H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">D</td><td style="padding: 5px; text-align: left;">G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td><td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">35533411</td><td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td></tr> </tbody> </table>	H	H	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
H	H								
D	G								
00000000	00000000								
35533411	11433553								

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT
DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANT
RESCAINE

1

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

نº NOTIR Aide

Casablanca, le :

18/11/19
A.S

11.100*⁴ Fluorolog mia 25 Reute

18 le matin - a jeun

10.40 Novonam 1mg

A.S

1 midi - 1 soir (avant repas)

11.3 Aspirine 600

Pharmacie Laroussi S.A.R.L
Dr Laila LAPNUSSI
206 - 210 Bd Roud Casab
Tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 -
ICE: 000 204 35. 00 86
INPF: 092 01 10

15.00 3B Beudelette

A.S.P

10.10 Collyre

34.00 3gl Odonome 1 cuillère la soir - 0.500

21.80 asperé 90 lundi

A.S

Doux Fête Idelmon

Per 4 mon

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

119, شارع بير انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr



6 1180000210054
Flacon de 260 ml

Hydroxyde de Magnésium

OSMOSINE®

PPV
34DH00

LOT D052818H.6
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT C969651N.8
UT AV 07 2021
PPV 111.00 DH

LOT D052818H.2

UT AV 01 2022

PPV 111.00 DH

LOT C969651N.6

UT AV 07 2021

PPV 111.00 DH