

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.

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 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

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 caractére personnel.

21364

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3150

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEDDAD

ABDEL MAJID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 951229

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FARIDA 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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)
CNPSPY = 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
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS 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'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



MUPRAS

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° 0404597

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Mme CHEDDA FARIDA ABDELMAJID*
Matricule : *3150* Fonction : *RETRAITÉ* Poste :
Adresse : *43 Rue ABOU AL ABBAS EL AZZ MAFANIF CASA*
Tél. : *05 22 2512 89* Signature Adhérent : *Lmp*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom : *Mme CHEDDA FARIDA*
du patient : *BEN ZEROUAL* Age : *0 1 1 2 1956*

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *03 02 20*

Nature de la maladie : *Al jadid w cheb*

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

A : *Casa*, le *03.02.20*
Durée d'utilisation 3 mois

Docteur Abdelali TELICAN
Médecine Générale
Signature et cachet du médecin
155, AV. DE LA LIBERTE
Casablanca - 26015

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : *3150* N° 404597
Nom du patient : *Mme CHEDDA FARIDA BEN ZEROUAL*
Date de dépôt : *4/01/2020*
Montant engagé : *200,00 Dhs 256,80 Dhs 260,00 Dhs*
Nombre de pièces jointes : *3 PCS*



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
03.02.20	C		200,00	Docteur Abdellatif LEMCAN Médecine Générale Echographie 155, av. Afghanistan H.H Télé: 05 22 90 22 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Madame BARTAL FATIMA
Bharmaie Acharaf
Rue Socrate Maârif
Casablanca - Tel. 0522 25 22 09

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Socrate Maârif
0522 25 22 09 ANA

Madame Pharmacie Rue Socrate Casablanca - Tel. 0522 25 22 09	Maâm	ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
	24/02/2023	ANALYSES - RADIOGRAPHIES	2601 - m

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé 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 canalaire 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 colspan="2" style="text-align: center;">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H											
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
D	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">G</th> </tr> </thead> </table>	G									
G											

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered points 1 through 6. Point 1 is at the midline gingiva. Point 2 is on the gingiva of the upper central incisor. Point 3 is on the gingiva of the upper lateral incisor. Point 4 is on the gingiva of the upper canine. Point 5 is on the gingiva of the upper first molar. Point 6 is on the gingiva of the upper second molar. The diagram shows the upper teeth and the gingival tissue between them.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANT
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلغزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

(48,20x2) Casablanca, le 03 FEV. 2020

97,00 Tibanal 1p en 5. ✓

99,00 Prodefen 180/1 5. ✓

15,80 - Intebral 2w 5. ✓

45,00 - Algole (14) 5. ✓

256,80

CHORDDAD FARIDA

ENTERAL® 200 mg 12 gélules

PPV 150H80

EXP 05/2021
LOT 83064 1

PRODEFEN

Lot : 110186
Date de Fab : 05.2019
Date de Pér : 05.2021
PPC : 99 Dhs

Madai

Pharmacie Achraf

Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

LOT : 19102 PER : 07/2024
PPV : 48,50 DH

LOT : 19042 PER : 04/2024
PPV : 48,50 DH

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
155, Avenue Afghanistan
Casablanca
Tél : 05.22.90.33.90

LOT : 172
PER : NOV 2020
PPV : 45 DH 00

ALZOLE® 20mg
Oméprazole

المرجو إحضار الوصيغة عند المراقبة

14066

ORDONNANCE

le: 03 FEV. 2020

CHORDDAS FARIDA

Serologie d' HB pyphov

LABORATOIRE D'ANALYSES
Sous Direction
Dr. Souleiman MANZAH
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan
Télé: 05 22 80 33 07

Signature et cachet :

14066

LABORATOIRE EL MANZAH D'ANALYSES MEDICALES

115, ROUTE D'EL JADIDA, CASABLANCA

TEL : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46

FAX : 0522 23 35 58 / ICE:000449340000095 / IF:42404900

Note d'honoraires

Casablanca le 4 février 2020

Madame CHEDDAD FARIDA

FACTURE N°	235	
Analyses :		
Sérologie Hélicobacter Pylori -----	B	180 Total : B 180
Prélèvements :		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER		260,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Dirhams





Dossier ouvert le : 04/02/20

Prélèvement effectué à 08:43

Edition du : 05/02/20

Madame CHEDDAD FARIDA**Docteur ABDELALI TLEMCANI**

Réf. : 20B28

Compte Rendu d'Analyses

IMMUNO / SEROLOGIE**Sérologie Hélicobacter Pylori(IgG)-----: Négatif.***(Elisa,seuil :25)*