

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº P19: 063116

ND: 28931

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7020

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BATASSA SALAH

Date de naissance :

7-1-1960

Adresse :

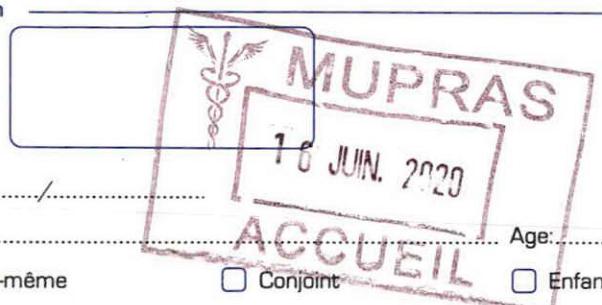
HAY EL qadsRes EL FAJR N°5 sidi Bernoussi

Tél. : 06-84-33-35-70

Total des frais engagés : 3200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age:

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 :

- 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  
D = 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 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 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 revenir 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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

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

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 892831

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....

Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ZELATI MINA Age [ ]

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 07 MARS 2020

Nature de la maladie : affection oculaire

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

A CASA le 07 MARS 2020 /

Durée d'utilisation 3 mois

Dr TAZLAZIZ  
OPHTALMOLOGUE  
Signature et cachet du médecin  
BENOUSSI - CASABLANCA  
Tél : 022.75.63.15

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 892831 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 Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17 MARS 2020	CS		200,00	<b>Dr TAZIAZIZ</b> <b>OPHTALMOLOGUE</b> <b>7, Rue 45 - Hay TARIK</b> <b>Bernoussi - CASABLANCA</b> <b>Tél : 022.15.63.15</b>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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
		AM	PC	IM	IV	
OPTICIEN D'OPTOMÉTRIE MARS VILLE SIDI OTHMANE TIP : 203157 - IGR: 44423272 N°S: 55000072 - Tél: 05 22 37 27 02	14/3/2020					3000 / 00 DHT

## 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.

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DOCTEUR TAZI AZIZ



الدكتور التازي عزيز

Spécialiste en Ophthalmologie

Maladies et Chirurgie des yeux

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب ببلجيكا ببروكسيل

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية بباريس

07 MARS 2020

Casablanca le :

الدار البيضاء في:

ZETTAZI M'NA

Opticien Optométrie

ETTIJANY Mohammed

10 Mars N°66 Sidi Othmane - Casablanca  
RC: 228336 - TF: 37203157 - IGR: 41423272  
ICE: 101905046000672 - Tel: 05 22 37 27 02

Monture + Verres  
(2 pairs) Amouris

INP 069020560

VL OD = + 1,25 (-,50 - 85°)  
OL = + 1,50 (-,75 - 90°)

VL and + 2,25  
OD

Dr TAZI AZIZ  
OPHTHALMOLOGUE  
7, Rue 45 - Hay TARIK  
BERNOUSSI - CASABLANCA  
Tel : 02.275.63.15

زنقة 45 الطابق الثاني حي طارق - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.63.15 - المحمول : 06.73.06.74.25

7, Rue 45 2<sup>ème</sup> Etage Hay Tarik Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél : 05.22.75.63.15 - GSM : 06.73.06.74.25

نظارات الزرقاء  
OPTIQUE EL ZARKAA

Boulevard 10 Mars N° 66  
Sidi Othmane - Casablanca 04  
Tél : 02 27 37 22 05  
R.C : 228336  
TP : 37203157  
IGR : 41423272  
ICE : 001905045000072

Casablanca le 12/03/2020

M

ZELZAKAA  
OPTIQUE  
10 MARS  
SIDI OTHMANE  
CASABLANCA  
TÉL : 02 27 37 22 05  
R.C : 228336  
TP : 37203157  
IGR : 41423272  
ICE : 001905045000072

FACTURE

Ordonnance de Mr Docteur .....

N° de nomenclature  
Correspondants à la  
prescription

OD = ..... ✓ Ainsi q.  
OG = ..... ✓ Ainsi q.

VI.OD : axe  
OG : axe

VP.OD : axe  
OG : axe

81° cyl a 11.2 sph  
90° cyl a 11.2 sph

cyl a 11.2 sph

QUANTITE	DESIGNATION	Prix Unitaire	PRIX TOTAL
1	Montures ✓ Ainsi q.		800,-
2	Verres ✓ Ainsi q. ✓ Ainsi q. ✓ Ainsi q. ✓ Ainsi q.	2100,-	2200,-
		Total ( en )	3000,-

La présente facture à la somme de .....

3160,-

OPTIQUE  
10 MARS  
SIDI OTHMANE  
CASABLANCA  
TÉL : 02 27 37 22 05  
R.C : 228336  
TP : 37203157  
IGR : 41423272  
ICE : 001905045000072