

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.

Maladie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pharmacie 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.
Le 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.
L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre avant le début de traitement.
La feuille de soins pour toute demande de remboursement après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie chronique :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Boîtes Mail utiles

contact@mupras.ma



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 0016000

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 273 Société : HAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HANANI DAOUA
Date de naissance :
Adresse : Lot YALCOUR N°9 Rue 22
Tél : 06 62 11 58 36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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) :

Le : 17 / 02 / 2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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)
- = 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 couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- 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 kinsithérapeute
- 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 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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 889022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Hanani Daouia
Matricule : 00 273 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : LOT YAKSOUR N°9 Rue 22
Tél. : 06 62 11 58 36 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Hanani Daouia Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : ostéoporose + HTA
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____
A Tchikou le 08/01/21 Signature et cachet du médecin [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT


DECLARATION 889022
Matricule N° : 00 273
Nom du patient : Hanani Daouia
Date de dépôt : _____
Montant engagé _____
Nombre de pièces jointes : _____



RELEVÉ 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
08/12/21	C	1	111000014	DR. EL HACHIMI 34; L. 11051350 Tél : 06-61-28-68-69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/2021	2614,40

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	

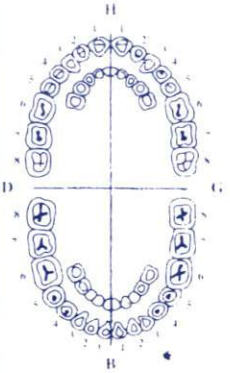
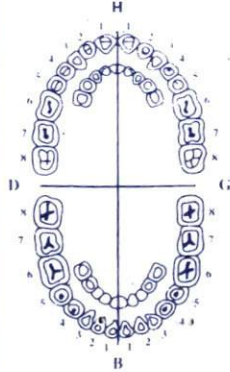
VOLET ADHERENT

* 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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANT DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. EL HAFIANE Mohamed
Medicine Générale
34; Lot. REDA Tadjik (Al. JKA)
INP : 111061850
Tél : 06-61-28-68-69

Fait le 08/07/2021

Hannam DHOUIA

$193,60 \times 5 = 968,00$

- Fosavance

1cp / semaine

$127,00 \times 5 = 635,00$
+ 157,00

- Xalatan

1cp / 6mr

$22,40 \times 6 = 134,40$

- Askasid

1cp / 6mr

$120,00 \times 6 = 720,00$

- Veprou

1cp / 6mr

2614,40



Dr. EL HAFIANE Mohamed
Medicine Générale
34; Lot. REDA Tadjik (Al. JKA)
INP : 111061850
Tél : 06-61-28-68-69

ASKARDIL® 75 mg 30 dispersibles

PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 9DD12 7

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 96002 3
EXP 08/2021
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 10/2021
LOT 98004 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 9DD12 5
EXP 06/2022
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039 12

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039 14

120,00

120,00

120,00

120,00

120,00

120,00

70058199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH



XalatanTM
0.005 %
LATANOPROST

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
PPV 127DH00



XalatanTM
0.005 %
LATANOPROST

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

Flacon