

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010784

62365

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10289 Société : R.A.M

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

DAGHOKI SADI

Date de naissance :

23/07/1968

Adresse :

REC ESSALAY G 631 APT 181 3<sup>e</sup> ét

H.I.N BORJA HAY NOTARIAZI, CASA

Tél. : 0664267753 Total des frais engagés : 485,00 Dhs

Authorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Fille

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.



3 MARS 2021

ACCUEIL

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 : 07/03/2021

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
Y = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z = Electro-Radiologie
= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie	B = Analyses
= Actes de chirurgie et de spécialistes	

## 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 lli 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  
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
obaux comportant un ou plusieurs échelons  
ns 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 venir 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 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1573738

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DAGHOUI SAID

Matricule : 10289 Fonction : ACF Poste : 9621

Adresse : RESSALAM G 631 PPJ 18/3<sup>en</sup> etg

Tél. : 0664 267753 Signature Adhérent : 

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DAGHOUI SAID Age 21 10 168

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 21/01/21

Nature de la maladie : 2626 an an chile

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

A Cid le 21/01/2021 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. MOUNTADA  
Sce de l'agence  
clinique MUSI Maroc

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 10289  
Nom du patient : DAGHOUI SAID  
Date de dépôt : 08/03/2021  
Montant engagé 485,00  
Nombre de pièces jointes : 5 PIECES

1573738 MUPRAS



## 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
21/01/21	Gr		GRATUIT	Dr. MOUNTADAR MEDECIN GRATUIT Ses Usages sont réservés aux CASSE Infirmiers

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/01/21	510079	160,00

## 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 s

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

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الإنارة II  
INARA II

# وصفة

## ORDONNANCE

MOUNTADA  
MEDICAL  
Santé des Urgences  
Polyclinique CNSS Inara

le 21/01/2024

GARD DAGHORN

1 196,50 x 2  
Sepen 196,50  
196,50 x 2  
66,80  
Plumbe 66,80  
1120  
Cups 8ml (n=2)  
350  
350  
475,00

196,50  
11/2023  
196,50 DH

196,50 x 2  
Sepen 196,50  
196,50 x 2  
66,80  
Plumbe 66,80  
1120  
Cups 8ml (n=2)  
350  
350  
475,00

LOT / BATCH: 16571  
FAB / MFR: 06-2020  
EXP: 05-2023

50 g e  
PPV: 66,80 DH