

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

itions 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.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0010783

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10289

Société :

RAT

G233F

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAGHOUI SADI

Date de naissance : 23/07/1968

Adresse : RES ESSALAM 2631 AP118/3 - 9
AIN BORJA HY 90 KARMAJI CASA

Tél. : 066 426 7753 Total des frais engagés : 1133,50 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 :

Le : 08/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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 courant et de petite chirurgie
- = 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 kinesithérapeute
- 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

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

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 1564040

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DAGHOUÏ SAID
Matricule : 10289 Fonction : AEF Poste : 9621
Adresse : RES ESSALAM G631 APT 18, 3^e etg 4^e INBARJA
Tél. : 06 64 26 77 53 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient : DAGHOUÏ Saïd Age _____

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 28/01/21

Nature de la maladie : DID + Infection du pied droit

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

A Casab le 28/01/21

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
DR HASSAN ABDELAZIZ
DR Abdraouf 12140
SUR la consultation 0202
G.S.M : 06 64 26 77 53

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 10289 Nom du patient : DAGHOUÏ SAID
Date de dépôt : 08/03/2021 Montant engagé : 933,50 Dhs
Nombre de pièces jointes : 5 PIECES



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
28/01/21	c		200 DH	DR HASSANAIN ABDERRAHMANE Médecin Reda Guadira N°211 Assurance N° 211 11/06/61 770202

* EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BA FICHTA Bd Berrechta P.C. 33365 - Tizi Ouzou CNSS: 12235337	28/11/21	933,50

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
		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 de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

Tél. : 05.22.55.64.60

GSM : 06.61.77.02.02

Casablanca, le في الدار البيضاء، في

M. 20 28.01.2021

Mr DAGHOUI Said

1 SOCLAV 1 G

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

2 SPECTRUM 500

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

3 MEBO POMMADE

Faire 1 application le matin et le soir.

4 INSULET 30/70 CARTOUCHE

20 UI A 8 H LE MATIN
10 UI A 20 H LE SOIR PENDANT 3 MOIS

الدار البيضاء
Pharmacie BAHJA
FICHTALI Naima
Rue 135, Bd Berrechid - Ain Chock
Casablanca - R.C: 203560 - I.F: 50905012
T.P: 34008365 - CNSS: 1255331
S. 15993380007 577 21 315

Dr Abdelaziz HASSANAIN

DR HASSANAIN ABDELAZIZ

Medecin
Bd Reda Guedira N° 214 CD

Casablanca

O.S.M. : 06 61 7 02 02

شارع رضى أكابرية (شارع النيل سابقا) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

MIG LIG. NO. AT102001/200

XWY 15
INSULET® 30/70 100UI/ML

Suspension injectable

Boîte de 5 cartouches de 3 ml

PPV: 260.00 DH

AMM N° 109/14 DMP/21/NNP



6 118001 072071

غير ملحوظ

جودة

INSULET® 30/70 100UI/ML

Suspension injectable

Boîte de 5 cartouches de 3 ml

PPV: 260.00 DH

AMM N° 109/14 DMP/21/NNP



6 118001 072071

LOT 200755
EXP 06/2023
PPV 149.50DH

sions traumatiques ou infectées,
l'utiliser? Etendre une couche d'un
ressuyé soigneusement les restes
de gaze; jusqu'à cicatrisation.
nfants.

vopharma,

PPV: 140,00 Dhs

124,00