

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 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

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.

Matricule : 11881 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : KARIMA

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 :

- = 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 courrant 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 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 au 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 PRÉALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL

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 globeaux 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 Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 813747

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : **MONRADI KARIMA**
Matricule : **11881** Fonction : **Agent Comercial** Poste : **9525**
Adresse : **16Bis, Rue Aïm Sidi Ali Bouaouga Casa**
Tél. : **0615354455** Signature Adhérent : **[Signature]**

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **MOUKNAD' Mame.** Age **27 08 AD**

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : **Affection**

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

*Docteur Mohamed BENNANI
Oncogynécologue
54, Bd. Rachid - Casablanca
Tél. : 05 22 22 02 22*

A **Casablanca**, le **12/02/2001**

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHÉRENT

N° 813747

Matricule N° : **11881**

Nom du patient : **MONRADI KARIMA**

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes : **300 + 321,60**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
11/21/2021	2		300	<i>Docteur Mohamed BENAHMED Ophtalmologiste 94, Bd. Bachirli - Casablanca Tel: 06 22 22 40 22 / 06 22 22 62 22</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacien : Lia Tamaracourte Adresse : 15 rue Tamaracourte Ville : 10000 Paris Code Postal : 75265 Tél. : 01 55 26 56 16	14/02/2011	321,62-211

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
Chirurgie vitréo - rétinienne
Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني
طب العيون
أمراض وجراحة الشبكة
داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le lundi 01 février 2021

HONORAIRES :

Mme MOURADI Karima

Acte : Consultation : C2.

Montant : 300 DHS (TROIS CENTS DHS).

DOCTEUR Mohamed Bennani

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
Chirurgie vitrée - rétinienne
Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني
طب العيون
أمراض وجراحة الشبكة
داخلي سابق بمستشفيات باريس

Casablanca le 04/02/2021

Mme MOURADI Karima

Instiller dans l'oeil opéré :

20.6

Chibrocadron

1/5

: 1 goutte 4 fois par jour, pendant 10 jours.

112.5

Lotemax

1/5

: 1 goutte 3 fois par jour pendant un mois.

A commencer à l'arrêt du chibrocadron

101.1

Quinolox

1/5

: 1 comprimé 2 fois par jour pendant 5 jours.



53.1

Sérum physiologique
en dosettes

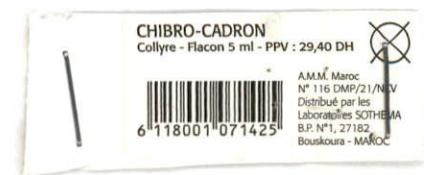
1/5

: 1 toilette oculaire, à la demande, pendant 1 mois.

76.2

Compresses oculaires adhésives

1/5



Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 05 22 22 40 22 / 05 22 22 62 22

En cas d'urgence, téléphoner à la clinique Rachidi

Tel : 0522 221 296 / 0522 294 836

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22
05.22.22.73.22 - شارع الرشيد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس : 05.22.22.73.22