

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

Informations 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.

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.

Optique :

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

Education :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie *par cour*

N° M21- 0057939

Optique *76987* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *12320* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *CHAFAOUR YOUSSEF*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° M21-057939	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :	Date de dépôt :

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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes ébauchés 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 DÉPÔT

Par Bouni

AEROPORT 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

N° 860189

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : CHATHOUR YASSINE
 Matricule : 10320 Fonction : chef escole Poste :
 Adresse : 18 Rue Doud Sidi El Oulay
 Tél. : 06 95 15 51 51 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHATHOUR Nouhaïla Age 83 06 01
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 09/06/2021
 Nature de la maladie : Dermatose
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
 A - Cas, le 09/06/2021 Signature encachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

N° 860189

Matricule N° :
 Nom du patient :
 Date de dépôt :
 Montant engagé :
 Nombre de pièces jointes :

 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
09.06.2021	C2		x 250,00	<i>Docteur Abdellatif LATIFI Dermatologue - Vénérologue 102 Bd. Oum Errabi Hay Mazra résidence Selma 1^{er} Etage - Casablanca tél. 05 22 80 77</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/06/2021	1246,10

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 s

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

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ أمراض الحساسية

■ الأمراض التنسالية ■ التجميل

■ العلاج بالليزر ■ جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : 26/05/2024 الدار البيضاء في :

Noubaehn Chambre

289,00

- ceracem

fd 07 2024

poche

251,00 fd 11

- Nuocid cream

393,00 (an 145/)

- dermophit and vuccid alant der

251,00 (an 145/)

- keraderm hydrogel

54,10 (an 60/)

- laebo k asleg

156,20/

1246,95

Dr. Amina LATIFI EP HALLI
Dermatologue - Venerologie
Bd. Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36
40000 Casablanca - Maroc - 2024

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

102 شارع أم الربيع حي مارولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52

06 60 74 36 36 المحمول : 05 22 89 76 52