

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.

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.

Prothèse :

- 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.

- Le suivi 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.

Adresses Mails utiles

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Déclaration 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 personnelles.

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 068004

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 743 Société : RAM 83366

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GAMIL M. Loum

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 :

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) :

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 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.

Le 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

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU SANATORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit de répétitions en plusieurs séances ou actes
- Actes comportant un ou plusieurs échelonnements
- et temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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 1575141

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : GAMH MILAUD
Matricule : 0743 Fonction : R.R. Poste : ✓
Adresse : _____
Tél : 0522 210793 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mme G. Smith S. S. S. S. Age : 4 1 1 1 1
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Syndrome d'insuffisance rénale chronique
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : Maladie chronique
A Casa le 1/9/2021 Signature et cachet du médecin : [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

*Docteur Bouchaib DYANI
Médecin Généraliste
Bd Dar el Fatah - 2^{ème} étage
Chifa, Im. A - 20000 Casablanca
Tél : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
Fax : 05 22 91 26 52
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma*

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
11/9/2021	C.F.O.V.D		150,00	DH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/9/21	720,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

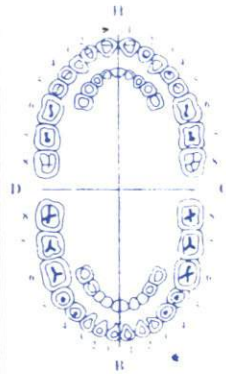
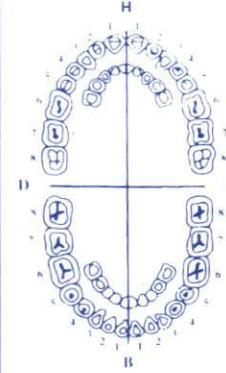
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																					
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Bouchaib DYANI

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME

CIRCONCISION

Bd Dakhla - Résidence Espace Chrifa

Imm. A - Appt. N° 2 - 1er Etage

Hay Chrifa - Ain Chock - Casablanca

Tél. : 05.22.50.70.22 - GSM : 06.61.95.72.88

Résidence Avec Ascenseur

7e 0743

الدكتور بوشايب الدياني

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

ختانة الأطفال

شارع الداخلة - إقامة فضاء الشريفة - عمارة A - الشقة رقم 2

الطابق الأول - حي الشريفة - عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.50.70.22 - المحمول : 06.61.95.72.88

إقامة بالمصعد

E-mail : dr.dryani@gmail.com

Casablanca, le 11/09/2021 الدار البيضاء في

Nom & Prénom : Mme Ghazal Saadia

Louamine 500 mg
1 sup, avant repas

semaine

et de 40 mg
1 gélule, avant repas

170,00 x 2 = 340,00 semaine

LOT 211003 1

EXP 04 23

PPV 170.00 DH

LOT 211003 1

EXP 04 23

PPV 170.00 DH

60 200 mg
sup x 2, avant repas
semaine

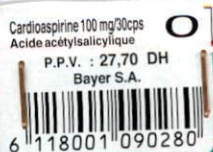
Muxol a du lbe

16-5 x 3, après repas

semaine

Cardio aspirine 100 mg

URGENCE DE 8H À 20H APPELER 05 22 50 70 22 - APRÈS 20H APPELER LE 06 61 95 72 88



24,30

1 cpl, 1er jour 1 mois

21,20

6 Im Dophar m 100 mg

75

1 suppl,
1 mois

720,60



Docteur Bouchaib DYANI
Médecine Générale
Bd Dakhla Résidence Espace
Chrifa, Im. A - Appt. 2 1er étage
Hay Chrifa-Ain Chok-Casablanca
Tél: 077 70 22 70 - GSM: 061.95.72.88

12v 75