

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

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 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.

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

N° M21- 081031

ND: 102460

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9675* Société : *RAM*
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : *Salhi Faycol*
Date de naissance :
Adresse :
Tél : *06 61 31 13 49* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : *SALHI Radia* 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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° M21-81031

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)
- PSY = 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 kinsithérapeute
- 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 échelonnés
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



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 MU 019433

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SALHI FAYOUZ
Matricule : 9675 Fonction : OC Poste :
Adresse : 20 Rue ANNEEY KADIM
Tél. : 0661311249 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SALHI Rodia Age 23 | 09 | 07
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : mai 2018
Nature de la maladie : DD
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.....
A Casa le 20 / 11 / 20 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 019433
Matricule N° : 9675
Nom du patient : SALHI NADIA
Date de dépôt : Jour 2022
Montant engagé
Nombre de pièces jointes : 01 4293 + 640



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
20/11/2021	soin pelut			 Dr. CARIOU-BELQADI 116, Bd. El Anzari Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ORLY SUD BP A190 - 94542 ORLY AEROGARE CEDEX Tél. : 01 49 75 74 70 / 6h-21h Dr. Caroline IBGHEI pharmacieorlysud@gmail.com	20/11/2021	640,00 € 4293,00

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	

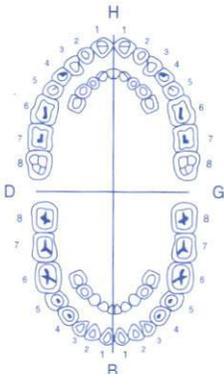
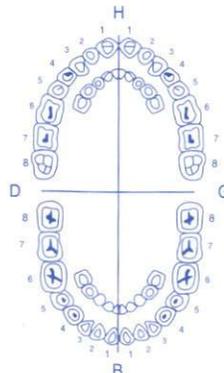
VOLET ADHERENT

* 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 soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		D	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G		B			
		H																				
	D	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G										
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
		B																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Radia SALHI

SV

Casablanca, le : 20/11/2021

1756,00

48/5) Apidra Solostar

439,00 x4

38/5) Lantus Solostar
2232,00
+ 2 stylos

SV

628 - 13/1

744,00

305,00

SV

SP

1850 Gouttes 15 Baudelotto

152,50 x2

16 opteur



4293,00 pour 3 mois

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
Maarif - CASABLANCA

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sarofii-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI -
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53

زبان :
هاتف :
if - 20

3 664592 000014
LPP: 1102257
ACL: 6036337
Autocontrôle du glucose interstitiel
1 Capteur
FREESTYLE LIBRE
ABBOTT
ART29290 Rev. A 07/19
KM3042

3 664592 000014
LPP: 1102257
ACL: 6036337
Autocontrôle du glucose interstitiel
1 Capteur
FREESTYLE LIBRE
ABBOTT
ART29290 Rev. A 07/19
KM3042

3 664592 000106
LPP: 1190296
Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT
ART43478-002 Rev. A 01/21

3 664592 000106
LPP: 1190296
Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT
ART43478-002 Rev. A 01/21

3 664592 000106
LPP: 1190296
Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT
ART43478-002 Rev. A 01/21

3 664592 000106
LPP: 1190296
Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT
ART43478-002 Rev. A 01/21

3 664592 000014
LPP: 1102257
ACL: 6036337
Autocontrôle du glucose interstitiel
1 Capteur
FREESTYLE LIBRE
ABBOTT
ART29290 Rev. A 07/19
KM3042

3 664592 000106
LPP: 1190296
Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT
ART43478-002 Rev. A 01/21