

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.

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- N° 002290

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société : 110823

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OAKHCHCHI SANA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667676460

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 06 AVR 2022

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

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un Orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialités		

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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
travaux comportant un ou plusieurs actes 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 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



1875

MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0206483

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : OUAKHACHA SANAA
Matricule : 1875 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : HAY AL WALAA TR 6 SEC 1 IM 1 AP 124 Sidi Moussa
Tél. : 06 67 67 44 60 Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : OUAKHACHA SANAA Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 21/04/2022
Nature de la maladie : Affection oculaire
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances : _____
A Casablanca le 21/04/2022
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Dr. Zouari Mohamed
Ophthalmologiste
1403, Av. Des El Harbi, Moulay Rachid 4
Tél : 0522 72 30 72

VOLET ADHERENT

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



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
21/04/22	9		250 DH	Dr. Zouari Mohammed Ophtalmologiste 192 Av. Ouss El Harti, Moulay Rachid 4 Tél: 0522 72 30 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE SIDA Rue Lacharouk, Sidi Moumen Tél: 05 22 70 08 17	21/04/22	66,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
	4/4/22		

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H			25533412		21433552	D	00000000	00000000 G		00000000	00000000		35533411	11433553	B			
	H																			
	25533412		21433552																	
	D	00000000	00000000 G																	
		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
	B																			
	(Création, remont, adjonction)																			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> </div>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOUARI Mohammed
Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Lentilles de contact
- Glaucome - Voies lacrymales
- Angiographie - laser
- Ancien ophtalmologiste au CHU 20 Août, Casablanca
- Membre de la société Française d'ophtalmologie
- Diplôme de l'université de Bordeaux



الدكتور زواري محمد
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- جراحة الجلالة بالليزر
- الحول - العدسات اللاصقة
- مسالك الدموع - داء الزرق
- تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي 20 غشت بالبيضاء
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
- حاصل على دبلوم من جامعة بوردو بفرنسا

Casablanca le ... 1. AVR. 2022

OUK H CHAE HI Saoud

Dr. Zouari Mohammed
Ophtalmologiste
1483 Av. Driss El Harti, Moulay Rachid 4
Casablanca / Tél : 0522 72 30 72

Lune Mes

Mu Anver Vauves

VL 100. 40. 25. 24
Pm

VP. 2. 75 250 200

Mhayer 311

12i

PHARMACIE SALIMA
Dr. LACHAL MORDINE
Attaché de Santé, Moulay Rachid 4
CASA - Tél.: 05 22 70 08 17

1) Lysiodose

2) Chlorocyclon

16i

ZENITH Pharma

PPC : 38,20 DH

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



6 118001 071425

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

RAJI OPTIQUE

RUE LALLA ASMAA 392 MARCHÉ SIDI MOUMEN ELJADID .CASA

ICE : 001795895000068

N° de nomenclature Correspondante à la Prescription FACTURE N°/ 00000171

Nom client : OUA KHCHACHI SANAA

Date : 04/04/2022

Docteur : ZOUARI/M

Œil droit : ****

Vision de loin /

1000.00 DH

Œil gauche : ****

Œil droit : +2.75

Vision de près / add

Œil gauche : +2.75

Monture / METAL OPTIQUE
Type de verres / ORGANIQUE

700.00 DH

ANTI-REFLET

TOTAL :

1700.00 DH

Mode de paiement : Espèces