

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 (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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0041399

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9159 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 132590
Nom & Prénom :
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 :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 M22-0041399

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 :

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.

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

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 kinsithérapeute |
| 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 couvrant et de petite chirurgie | B | = Analyses |
| K | = Actes de chirurgie et de spécialistes | | |

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 par le médecin traitant.

LES ACTES SOUS ORDRE PREALABLE

- | | |
|--|-------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOMOPATHIE | - OPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATOIRE | - EDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs fois | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs actes | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

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

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° 0387237

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : PARATI Abdelhak
Matricule : 9157 Fonction : Directeur Poste :
Adresse : 67 chabouy Re nes, Oujda, maroc
Tél. : 2520 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BRAHIMI ILYAS Agé : 10/30/2022
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Affection Oculaire
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A : Casa le 22 JUIN 2022
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin




VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 387237
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
22 JUIN 2022	CS	-	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

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	
OPTIQUE ET VISION N° 3 Rés Jaenich Rm AF FAKadmiri Q Val Fleu Casablanca - RC : 529252 Tel: 05222 1322	22/06/22					3600 DH

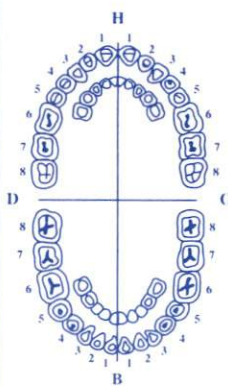
VOLET ADHERENT

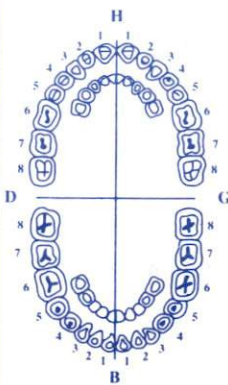
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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="0"> <tr> <td></td> <td>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></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553		B		
		H																		
	25533412		21433552																	
	00000000		00000000																	
	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. Bennani Mohammed Amine

Ophtalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 22.06.2022

Patient : **Enfant BRAHIMI Ilyas**

MONTURE / VERRES LOIN ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : -3,75

Oeil Gauche : -3,75



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
•Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

Information client

Date de la facture : 13/08/2022

Numéro de facture : 65

- Nom & Prénom : BRAHIMI ILYAS
- Téléphone : 0669070718
- E-mail :

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA
N° 3 Rés Jacinth Rue Ahmed
El Kadmiri Q Val Fleuri
Casablanca - RC : 529259
Tél : 0522231328

Dernière réfraction

#	Sphère	Cylindre	Axe	Addition
Oeil droit	-3.75			
Oeil gauche	-3.75			

Liste des produits

	Description	Quantité	Sous Total TTC
Monture <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Métal	<ul style="list-style-type: none">• Monture	1	1800.0
Verre	<ul style="list-style-type: none">• / VERRE_ORGANIQUE• / SIMPLE_FOYER• / 1.6• / FILTRE_LUMIERE_BLEU	1	1800.0

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois mille six cents Dirhams	Total HT	3000.0
	TVA (20%)	600.0
	Total TTC	3600.0

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA
N° 3 Rés Jacinth Rue Ahmed
El Kadmiri Q Val Fleuri
Casablanca - RC : 529259
Tél : 0522231328

Optique et Vision Casablanca

Société à responsabilité limitée, Capital de 10 000 DH

SIEGE SOCIAL : LOCAL COMMERCIAL N°3 RUE AHMED EL KADMIRI QUARTIER VAL FLEURI RES JACINTH

QUARTIER MAARIF - CASABLANCA / Tél: 0522-23-13-28

IF : 50555531 | RC : 529259 | ICE: 003006247000058 | TP : 34702816 | INPE : 065037376

Information client

Date de la facture : 13/08/2022

Numéro de facture : 64

- Nom & Prénom : BRAHIMI MOHAMED KHALIL
- Téléphone : 0669070718
- E-mail :

Dernière réfraction

#	Sphère	Cylindre	Axe	Addition
Oeil droit	-1.5	-1.0	95	
Oeil gauche	-1.0	-1.0	80°	

Liste des produits

	Description	Quantité	Sous Total TTC
Monture <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Métal	• Monture	1	790.0
Verre	• / VERRE_ORGANIQUE • / SIMPLE_FOYER • / 1.6 • / ANTI_REFLET	1	1460.0

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille deux cent cinquante Dirhams	Total HT	1875.0
	TVA (20%)	375.0
	Total TTC	2250.0

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA
N° 3 Rés Jacinth Rue Ahmed
El Kadmiri Q Val Fleuri
Casablanca
Tél : 0522-23-13-28
RC : 529259
231328

Optique et Vision Casablanca

Société à responsabilité limitée, Capital de 10 000 DH

SIEGE SOCIAL : LOCAL COMMERCIAL N°3 RUE AHMED EL KADMIRI QUARTIER VAL FLEURI RES JACINTH

QUARTIER MAARIF - CASABLANCA / Tél: 0522-23-13-28

IF : 50555531 | RC : 529259 | ICE: 003006247000058 | TP : 34702816 | INPE : 065037376