

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037448

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7273 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEHAÏDEB Noureddine
Date de naissance : 03/02/1959
Adresse : Dakh G. HALLEF Rue 43 N°2
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 NOV. 2022
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = 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 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 échelonnages 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 1626480

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MEHAÏRA Noureddine
Matricule : 7273 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : Douar GHA
Tél. : _____ Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MEHAÏRA Noureddine
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Suivi de diabète + lombago
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____
A _____ le 11 Nov 2022
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Dr. ELZAYED NACIRI
Médecin Généraliste
Echographie Générale
131, Bd. Abdelmoumen, Casablanca
Tél : 022 200 600

VOLET ADHERENT

DECLARATION

1626480

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
11 Nov 2022	Con	1	150 DH	Dr. J. EZZAHID NACIRI Médecine Générale Echographie Générale 131, Bd. Abdoumoumen - Casablanca Tél : 022 200 600

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHALEL Mme. EL KADRI AGUEDACH Lina Docteur en Pharmacie 121, Rue Jebir Anassari, Tél : 05 22 22 22 22	21/11/20	

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 tenu 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																									
				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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412		21433552																									
	00000000		00000000																									
	00000000		00000000																									
	35533411		11433553																									
	B																											
	(Création, remont, adjonction)			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION

Dr. Jamila EZZAHID NACIRI

Médecine Générale

D.E.S d'Echographie Générale
Médecine du Travail et d'Ergonomie
Diplômée de l'Université de Rennes

الدكتورة جميلة الزاهد الناصري

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى
دبلوم طب الشغل و الأركنوميا
من جامعة « رين » بفرنسا

Casablanca, le في الدار البيضاء.

MR : MEHAIDRA NOUREDDINE

Ordonnance

94,00

1) Dydoften 10

28,80

2) Vibacuril 100

25,00

B) Alapril

42,00

1 gél - 21
1 gél - 14

131, شارع عبد المومن (مقابل عمارة رونو) الدار البيضاء - الهاتف : 0522 200 600
131, Bd Abdelmoumen (Face Immeuble Renault) - Casablanca. Tél. : 0522 200 600

5) Novomix 30 FlexPen
 2x 559,00 26 ui le matin
 20 ui le soir

Neutral 1 g x 375
 24,40

Dr. J. EZZAHID NACIRI
 Médecine Générale
 Echographie Générale
 121, Rue Jabir Ansari - Casablanca
 Tél : 05 22 25 28 55

PHARMACIE GHALLEF
 Mme. EL KADRI AGUEDACH Leïla
 Docteur en Pharmacie
 121, Rue Jabir Ansari,
 Derb Ghalef - Casablanca
 Tél : 05 22 25 28 55

PHARMACIE GHALLEF
 Mme. EL KADRI AGUEDACH Leïla
 Docteur en Pharmacie
 121, Rue Jabir Ansari,
 Derb Ghalef - Casablanca
 Tél : 05 22 25 28 55

2121,20

PPV
 LOT
 PER
 28,80

Lot: 2118001
 Exp.: 11.2024
 PPV: 255DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
 100U/ml
 Suspension injectable
 5 stylos pré-remplis de 3ml
 PPV : 559 DH

NovoMix® 30 FlexPen®
 100U/ml
 Suspension injectable
 5 stylos pré-remplis de 3ml
 PPV : 559 DH

PPV 24DH00
 EXP 10/2024
 LOT 10073 2

Neutral
 Anti-Acide

40 comprimés à croquer ou à sucer

GTIN: 06118001260850
 LOT: 5972
 MFG: 03 2022
 EXP: 03 2025
 PPV: 940hs00