

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.

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.

M22- 0045871

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M27 Société : AZETTA
 Actif Pensionné(e) Autre : 139480
 Nom & Prénom : DNIFI FATIMA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0623319983 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) : 

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)
CNPSPY = 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 courant 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux comportant un ou plusieurs échelons
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPÉDIE
 - 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



DATE DE DEPOT 1127

MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance 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° 0391447

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DRIFI FATIMA

Matricule : 1127 Fonction : R Poste :

Adresse : Rue Cheulmima, Sidi, casab

Tél. : 0693311993 Signature Adhérent : 1127

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Dr. DRIFI FATIMA

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Cischesse + HTA

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A : 01/01/2022

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° : 1127 N° 391447
Nom du patient :
Date de dépôt : 20/10/2022
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/11/22 | SS | | 300,00 | RES 39, POUR LA SOCIETE DE SANTE, 22, RUE DE LA BLAISE, PARIS, 13 ^e ARR. 27, 75-7588 RECEUILLIE PAR LE DOCTEUR JEAN-MARIE TESSIER LE 07/11/2022 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie ALFALAH Km 45 Casa-Azammour Lamharza Bir Jdid Tél. : 0661 392 612 INPE 112102264 | 01/11/22 | 2070,10 |

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 détailé 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France



الدكتور أحمد السطي

الخصائص في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بليد

لیب ساپا پستشیفات فر نسا

Cabinet de Consultations

et d'Explorations Cardio-Vasculaires

Se Darii Fabiwa

~~Barbed off~~ ~~13.60~~
downs 3

Jan 2 x sp 1/4 100.00

$$\underline{U} \text{ per m}^2 \text{ sec} \times 2 \text{ (1.405 C.S.)} =$$

Pharmacie AL FALAH
Km 48 Casab - Azemmour
Lambachia Bir Jdid
T. 052 4 392 612

$$\text{Flächeninhalt} \times 2,3980 \times 3 = 119,4$$

$$\text{Almog 1} \quad 35.70 \times 5 = 178.50$$

St. Luke 11/56.60 12/13.20

Pharmacie ALTA
Km 45
Lambarza Bir Jidj
Tél: 0664 392 622

Residence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1er etage - Casablanca - Maroc - Rue de la Paix Internationale. A cote de l'Hopital Mly Youssef

Tel : 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 06 61 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@val-d-eze.fr

CARDIOFLEX® 100 mg

Boîte de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

23,60

هيپانات®

20 قرص

A consommer de préférence avant fin : **39,80 DH**
Lot : Y055D
Per : 02-2025

Lot n°



6 111255 870202

هيپانات®

20 قرص

A consommer de préférence avant fin : **39,80 DH**
Lot : Y055D
Per : 02-2025

Lot n°



6 111255 870202

هيپانات®

20 قرص

A consommer de préférence avant fin : **39,80 DH**
Lot : X327C
Per : 11-2024

Lot n°



6 111255 870202

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

UPERIO® 100 mg

Comprimé pelliculé.

Boîte de 28.

PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg

Comprimé pelliculé.

Boîte de 28.

PPV : 405 DH



6 118001 031726

LOT : STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

PER : 01/2026

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

LOT : STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

PER : 01/2026

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 221177 1
EXP 04 2025
PPV 35.70LOT 221252 1
EXP 04 2025
PPV 35.70LOT 221254 1
EXP 04 2025
PPV 35.70LOT 220816 1
EXP 03 2025
PPV 35.70LOT 220159 1
EXP 03 2025
PPV 35.70**Alpraz® 1 mg**

14 comprimés sécables

Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg

14 comprimés sécables

Remboursable AMO



6 118000 020523