

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0045003

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9272 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / Age:

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
 qu'ilfifié (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 courante et de petite
 chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme
 et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage
 femme
 AMM = Actes pratiques par le masseur ou
 le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou
 l'infirmière
 AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
 AMY = Actes pratiques 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 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 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° 0291233

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Nouzha ALAOUI
 Matricule : 9772 Fonction : Ex. chef de poste Poste : RAM
 Adresse : Rue EL Jazouli, avenue des Princesses Souissi - Rabat
 Tél. : 0661088844 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. ALAOUI Nour B Age :
 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 RL le 07/12/22
 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. EL LANDOUAR BELLAKHDAR
 Spécialiste en Ophtalmologie
 Ex. Hôtel Caspina - Agdal - Rabat
 13 Bis Avenue Ibn el du Ma 77 32 32
 Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 32 32

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 0291233
 Matricule N° : 9772
 Nom du patient : Nouzha ALAOUI
 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 soins
08/12/22		Krotke 1000	1000	Dr. N. LAMOUAR BELAKHAR Ex. Professeur d'Ophtalmologie 13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

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	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDAR

Professeur d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie numérisée - Laser
O.C.T
Chirurgie réfractive



الدكتورة نغمى المدور بلخضر

أستاذة في طب وجراحة العيون
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر
تصحيح البصر بالليزر

RABAT LE 08 DECEMBRE 2022

HONORAIRES

MME ALAOUI NOUZHA

CURE CHIRURGICALE DE CHALAZION DE

PAUPIERE SUPERIEURE ŒIL GAUCHE

K20+K20/2 = 1000.00 DH

(MILLE DIRHAMS)

Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR
Ex. Professeur d'Ophtalmologie
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

NOTE CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN TRAITANT1) Nom et prénom du malade : M^r ALAOUI MOUZH

2) Date de la Consultation :

3) Renseignements Clinique Sommaire :

chazazion de paupiereSuperieure oeil Gauche

4) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

une chirurgicale de chazazionde paupiere Superieure oeil GaucheK20 + K20/2

5) Durée prévisible du traitement

Rabat, le

8/12/22

INP 101019016

Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR

Ex. Professeur d'Ophtalmologie

13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32