

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

146779

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016962

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06850 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN REDDA MOHAMED Date de naissance : 28-04-1967

Adresse : Habibie

Tél. : 06.68.1184.51 Total des frais engagés : 580,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casab Le : 26/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : zakaria

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
 VS = 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 EFFECTUES 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'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



M U P R A S

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 MU 007274

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BenBenda Mohamed
 Matricule : 06850 Fonction : TEAM LEADER Poste : 9200
 Adresse : Habibouelle
 Tél. : 0668118451 Signature Adhérent : Elhad

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BenBenda Sami JONZIS Age 22/10/10
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 13/01/23
 Nature de la maladie : Opératif
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
.....
 A Casablanca, le 13/01/23 Signature et cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. LAHLOU AHMED
NP : 903 AV. 2 Mars Casablanca
Tél. : 05 22 91 0889

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 007274

Matricule N° : 06850
 Nom du patient : BenBenda Sami JONZIS
 Date de dépôt : 26/01/2023
 Montant engagé 580,50 DH
 Nombre de pièces jointes : 02

MUPRAS



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
13/11/23	Q	7	250	Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE INP 91088920 Av. Mohammed VI Casablanca Tél: 0524 23 63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHAF Dr. Bouchra TAOUFIK Opératrice Acharaf N° DM2 para. Hadjoudie CA 06 61 21 51 33	13/11/23	330,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

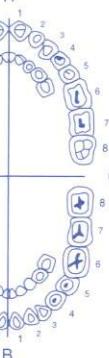
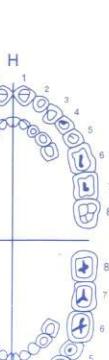
VOLET ADHERENT

* 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 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	
				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 35533411	G 21433552 00000000 G 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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				

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique
du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)
Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale
Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لطو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
طبيب إختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي
استراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le 13/01/2023

لاغي

BENBEDDA SAMI JONEID

Solupred® 20mg

PPV (DH)

Lot N°:
UT.AV:

BRUFEN®

PPV : 65.40 DH
LOT : 650491
PER : 07/24

PHARMACIE
Dr. Bouc
Coopérative
Bay Lida
Tel.

PPV: 14DH40
PER: 05/25
LOT:L1919

LOT: RHINATHIOL 2% ENF
SIROP FL 125 ML
PER.: 12/2022
P.P.V : 18DH50
6 118000 061434

18,50

Rhinathiol E (1 flacon)

1 cac matin et midi pendant 5j

48,70

Solupred 20 mg (1 boite)

3 cp /j pendant 5j

22,50

Brufen (1 flacon)

14,40

1 cas x 3 /j pendant 5j

67,00

Doliprane 500 (1 boite)

1 sachet x 4 /j si fièvre

94,00

Ultra levure (1 boite) 1 sachet x 2 /j si diarhée

(on peut la prendre en poudre seche)

65,40

Sterimar Stop Rhume (1 flacon)

2 à 6 x /j

Amoxil 500 disp

1 cp x 3 /j pendant 7j

330,50

Lot:
جموعة:

Fab:
صنع:

EXP:
 صالح لغاية:

6825
BIOCODEX

04/22

MAROC PPV 67.00 DH

04/25

شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.52.70.83 - GSM: 06.61.19.62.60
Inca - Tél.: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - INP: 91088930 - INP 91088930 -