

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.

M23-000271

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

OUAKF CHACHI CANAA

Date de naissance :

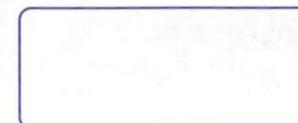
Adresse :

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

Age :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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] :



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.

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 de 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 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 actes échelonnés 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



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° 0206550

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *ODIAKHCHACHI SANA'A*

Matricule : *1875* Fonction : _____ Poste : _____

Adresse : *HAY AL WALAA TR6 Se1 tm 1 APP 124 Stdi Mourne Casa*

Tél. : *06-67-67-44-60* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Doutchi Chacat* Age :

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *17/7/92 Le 23*

Nature de la maladie : *21 ans*

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

A , le / /

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
Signature et cachet du médecin
Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 091183269

VOLET ADHERENT

N° 0206550

DECLARATION
Matricule N° : _____
Nom du patient : _____
Date de dépôt : _____
Montant engagé : _____
Nombre de pièces jointes : _____



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des actes	Nature des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
Le M - 2023 - 2023		+ VA + VA	119,23	Dr. YAQOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE : 091183269

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE SALIN Dr. JCP/AL/ordre Cherouki, son nom Tel : 05 22 70 08 17	11/02/23	102,20

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	
1922-08-10	1922-08-10	AM				

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.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td><td style="width: 50%;">21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>C</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	C	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D	C											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
B												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la proth.												

G (Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

7

6

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

WIGA ET GAGLIARDI / PRATICITÀ IN TECNOLOGIE DI SOLUZIONE

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 11/02/2003

جعفر العياشي فوزي

39,00 —
63,20 —
—
102,20

Pres
102,20
Presau
15,32 < 10
210905

PHARMACIE SALIHA
Dr. LACHAAL Nordine
Attacharouk Sidi Moumen
Casa - Tel: 05 22 70 08 17

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE: 091183269

~~LOT M0852~~
~~PER: 09/2024~~
~~FSC: 39,00DH~~

Lot : 3619
Mfg.: 05 2022
EXP.: 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH



N° IPP : 1360039 N° SEJOUR : 230013644

FACTURE N° 2305004184

DATE D'ENTREE : 11/02/2023 DATE DE SORTIE : 11/02/2023

ASSURE :

MALADE : OUAKHCHACHI, Sanaa

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

OUAKHCHACHI, Sanaa

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				12.31					0.00	12.31
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE) TOTAUX : 149.23 149.23

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE :

CENT QUARANTE NEUF DHS ET VINGT TROIS CENTIMES REMISE : 0.00 REGLE : 149.23 AVOIR :

RESTE DU: 0.00 DATE AT :

DATE FACTURE : 11/02/2023 EDITEE LE : 11/02/2023 PAR: BAKHRI ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA DATE AT :



N° DE POLICE :
 Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
 BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
 N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31