

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.

M23-000558

154271 221

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9421 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAAPDI MOHAMED

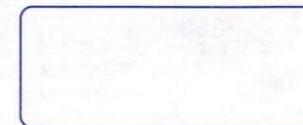
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661202546 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

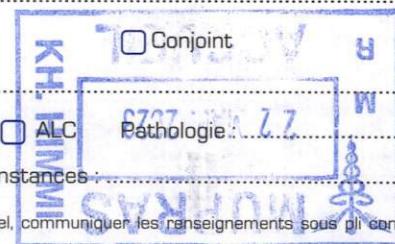
Cachet du médecin :



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 Pénéologie :

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 kinsithérapeute
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

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

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 1584829

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SAAIDI MOHAMED

Matricule : 9421 Fonction : CDB Poste :

Adresse : Impasse Hassane Rue 16 n°1 HAY EL HAMA

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1584829 MUPRAS

Nom du patient :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27.02.2023 | Consultation | C | G | Dr JAWHARI Lamine SAP Lot 221, Fatah Al-Oula, Casablanca, Maroc INPE 09123456206 - Tel: 06 28 64 93 85 |
| 03.03.2023 | Infarctus | 300DH | | Dr JAWHARI Lamine Rhumatologue Fatah Al-Oula, Casablanca, Maroc Tel: 06 28 64 93 85 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 27/02/23 | 72.30 |

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 PROTHÉSES DENTAIRES | | | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> | | | | 25533412 | H | 21433552 | | 00000000 | D | 00000000 | | 00000000 | G | 00000000 | | 35533411 | B | 11433553 | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
| | 25533412 | H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | D | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | G | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | B | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cabinet de Rhumatologie
Dr JAWHARI LAMIAE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vértebrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



عيادة أمراض العظام
والمفاصل والروماتيزم
د.الجوهري لمياء

- اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل و العمود الفقري
- أمراض الروماتيزم (باريس)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- العلاج بالأنواع البيولوجية
- طبيبة ساقية بمصلحة أمراض العظام والمفاصل بمستشفى ابن رشد

Ordonnance

Le : 27.02.2023.

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH

Mr Sanee Rumam

56.60

1/ Diprostone 250 mg



PPV 15DH70
EXP 02/2025
LUT 13040 2B

LIDOCAINE
LAPROPHAN®
1%

15.70

2/ Lido 1% amp 3

72.30

1 tablet

Dr JAWHARI Lamiae
Rhumatologue

548, Lot Haj Fatah, Bd Oued Daoura, Appart 9
Oulfa, Hay Hassani, Casablanca
Tél: 0522 95 15 37

548, الحاج فاتح ، شارع واد الورة ، شقة 09 مع مصعد . الألفة الحي الحسني - الدار البيضاء
548, Lot Haj Fatah , bd Oued Daoura , Appt 9 avec ascenseur . Oulfa Hay Hassani Casablanca
Tél : 05 22 69 40 05 / E-mail : Lamiaejawhari@hotmail.com

Cabinet de Rhumatologie
Dr JAWHARI LAMIAE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vértebrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



عيادة أمراض العظام
والمفاصل والروماتيزم

د. الجوهري لمياء

- أخصائية في أمراض العظام

والمفاصل والعمود الفقري

- أمراض الروماتيزم (باريس)

- هشاشة العظام

الشخص بالصدى للمفاصل

العلاج بالأنوية البيولوجية

- طبية سلية بمصلحة أمراض

العظام والمفاصل بمستشفى ابن رشد

Ordonnance

Le : 03.03.2023.....

Med Sanee Romam

Facture

Infektion

Spanne

Doskt clie

Diprostic

300 Dh

Dr JAWHARI Lamiae
Rhumatologie
Lot Haj Fatah, Bd Oued Daoura
Appt 9 avec ascenseur. Oulfa Hay Hassani Casablanca
Tél : 05 22 69 40 05 / E-mail : Lamiaejawhari@hotmail.com

548, الحاج فاتح شارع واد الدورة، شقة 09 مع مصعد . الألفة الحي الحسني - الدار البيضاء
548, Lot Haj Fatah, Bd Oued Daoura , Appt 9 avec ascenseur . Oulfa Hay Hassani Casablanca
Tél : 05 22 69 40 05 / E-mail : Lamiaejawhari@hotmail.com