

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.

MUPRAS :Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-813481

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2936

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SENBLE

SENBLE

Alma

AG0739

Date de naissance :

Adresse :

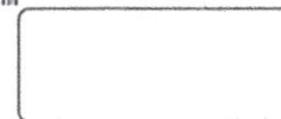
Tél. : 0668123285

Total des frais engagés :

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 :



Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-813481

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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



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° 314834

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SENBU Aicha
Matricule : 2936 Fonction : RETRAITEE Poste :
Adresse : RES. ESSARDA 9 1^{er} Etage Apt 2 Bd ION SINAT CASA
Tél. : 0668.12.32.85 Signature Adhérent : sensbu

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mme Jembli Aicha 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

04 AOUT 2023

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. EL HASSAN M. H. ACCUEIL

Médecin : Dr. EL HASSAN M. H. ACCUEIL
Spécialité : Chirurgie Générale et Viscérale
Rue Bourgogne 105 22000 Casablanca
Téléphone : 05 22 20 00 00

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
26/06/93	5	5	30000	DOCTEUR MANSOUR Médecin Spécialiste Chirurgien Dentiste 633, N°1 Rue Goumier 61100 Louviers Tel. Fax: 05 22 20 21 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie 2 Cie TIRAS Sinaia Rue Dr. M. Elbou-Sinaia Angle boulevard Sinaia-Hassani - Casablanca Tunis - AF 22 89 50 09</i>	26/06/23	159,60

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
		A M	P C	I M	I V	

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			
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \hline G \quad 00000000 \quad 00000000 \\ B \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
	MONTANT DES SOINS			
	DATE DU DEVIS			
	DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU BBATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Exploration de la Surdité، des Acouphènes et des Vertiges

Explorations Endoscopiques - Allergologie **ORL**

Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة إختصاصية في أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة
و جراحة الوجه والعنق

تشخيص الدوخة، الظنين و نقص السمع

التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية

طبيبة إختصاصية سابقا بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le

26/06/2013

الدار البيضاء، في

Mme Sembli Aicha

6,80

1/ Levotyrox 25ug

S.V

1CP/1J

3mgs

13,40 x 4

2/ Levotyrox 50ug

S.V

1CP/1J

49,60 x 2

3/ Dexam. forte (M2)

S.V

1Amp/15g

159,60

صيدلية المنصورية
Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
16, Angle Bd. Ibnou Sinaa Rue 4
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 20 21 00

Dr. ELMANSOURI Imane
Médecin Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
Le 633, Rue Goulimia - 1^{er} Etage
Appt N° 1 Bourgogne - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 20 21 00

633، زنقة كلمية ، الطابق الأول الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulimia - 1^{er} Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني : mansouriorl@gmail.com - الهاتف/الفاكس : 05 22 20 21 00

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336