

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4546 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CH.DOUA / ADNANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 333 20054 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Enfant

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Lien de parenté :

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) :



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 proposée pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au 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 globeaux 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



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 855787

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CH DOUB Adnane
 Matricule : 4546 Fonction : Retraite Poste :
 Adresse : Douar Maabat - Oujad Abbou
 Tél. : 06 33 32 00 54 Signature Adhérent : [Signature]

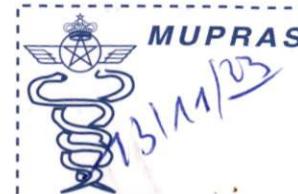
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Chidoub Aliyou Age : [Blank]
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : OMI + Myopathie
 Nature de la maladie : [Signature]
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
 A Chidoub, le 13/11/83 Durée d'utilisation 3 mois DNPE 091 080 952
 Signature et cachet du médecin Dr Chidoub Aliyou DR CHIDOUB ALIYOU

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 855787

Matricule N° : 4546
 Nom du patient : CHIDOUB ALIYOU
 Date de dépôt :
 Montant engagé 5475,50 + 200
 Nombre de pièces jointes : 1



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
13/11/93	5	1	200	Dr. Zein El Abidine M'hamed Ex. Assistant Chirurgien - Médecin 24, Rue de l'Indépendance Tunis - Tunisie Téléphone : 71 80 952 Fax : 71 80 952

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				COEFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
D	25533412	21433552	G
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	

(Création, remont, adjenction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">H G</p> <p style="text-align: center;">D B</p> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>									COEFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed JELLAL

الدكتورة مLee 4546

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol > Thyroïde

Tél.: 0522 43 27 88

0522 48 27 88 : 4

لهم انت أنت الباقي

الغدة النروقية

أمراض السكري - السمنة - الكولسترول
الغدة الدرقية

طبيب سابق بمستشفى مانلويز بباريس
أمراض السكري - المسمة - الكولسترول

أمراض السكري - الصيغة - المولمنرون

Casablanca, N.Y.

13/11/23

Mle 4546

~~RECEIVED
LIBRARY
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
1993-04-15~~

4470

244-

3

13, 40

Amurka loo in

۳۵

3

3

~~Le Gouvernement de la R.A.P.~~

24، زنقة بغداد (قرب رنقة لكافير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



7862160342

Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

78662160336

Sitagliptine

comprimés pelliculés



100 mg

JANUVIA®

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Fabricants :

Merck Sharp & Dohme Ltd.
Shotton Lane, Cramlington
Northumberland NE23 3JU
Royaume-Uni

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca- Maroc



JANUVIA® + GROSSESSE
= DANGER

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique**

P.P.V: 393,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

44,20

ایم
پل
لیکنیز ارگانیک

AFRIC-PLAN