

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 : 89321 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MTRAJI SOUFIANE

Date de naissance : 23.12.1968

Adresse : Même adresse

Tél. 06.62.7891.75

Total des frais engagés : 400+300+112,40 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 Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 JAN. 2024

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

DATE DE DEPOT

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 remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

- 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 échelonnements
- 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° 424488

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *ELMTRAJI SOUFIANE*
Matricule : *8232* Fonction : *Poste*
Adresse : *Même adresse*
Tél. : *06.62.78.91.75* Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *DR MTRAJI Soufia* Age
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *12/11/2020*

Nature de la maladie : *urologie*

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

A *DR MTRAJI*, le *12/11/2020*

Durée d'utilisation 3 mois

DR MTRAJI
22, Rue Tchirhoughia
Signature en cache du médecin
CHIRURGIEN DENTISTE
DENTISTE
ZEMAG
Signature en cache du praticien

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION
Matricule N° : *424488*
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :
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
12/11/2014	2		300	Dr Gauthier - Chirurgie générale
12/11/2014	2		100	Dr Gauthier - Chirurgie générale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
pharmacie LAROUSSI S.A.R.L. Bd Reuter, 2061218, Marif - Casa Dr. Laroussi, Laila KET: 000.204.383.0000.86 INPE: 092.06.19.10	12/01/2024	112,40 DH

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H		H	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
		D	

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

The diagram shows the upper dental arch with numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the following numbers: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Below the arch, the letter 'B' is centered.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DESSOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

**MONTANT
DES SOINS**

DATE DU

DATE DU
DEVIS

DATE DE

DATE DE
L'EXECUTION



Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotriptie Extracorporelle - Greffes Rénale
Echographie - Circuncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جهفر زمرادك
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية تنسى (فرنسا)

رئيس ساقا مصلحة جراحة الكلية
و المسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسى
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال. زع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le

12.10.2024

INPE
091141309

ATTESTATION DE PERCEPTION D HONORAIRES

Je soussigne DR ZEMRAG JAFAR certifie avoir examiné ce jour
MR EL MTRAJI SOFIANE et avoir perçu comme honoraire
pour consultation Et Echographier la somme de SEPT cents (700dhs).
Délivré à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32 R. Taha Hocine (ex. Gallilé)
ot. Gauthier - Casablanca
Tél. 0522 28 70 98 / 05 22 72 24

nom :	EL MTRAJI	Opérateur :	Dr.J.ZEMRAG
prénom :	SOFIANE		
date de naissance :	23/12/1968	date d'examen :	12/01/2024

TYPE: COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

INDICATION : Lombalgies

<u>HAUT APPAREIL URINAIRE :</u>	Rein droit	Rein gauche
Dimension :	11.69/4.15	10.29/4.70
Différenciation corticomédullaire :	Bonne	Bonne
Syndrome tumoral :	Non	Non
Dilatation pyélocalicielle :	Non	Non
Lithiase :	Non	Non

VESSIE :

Epaisseur : Normale
Diverticule : Non
TV : Non
Résidu : Non
Calcul : Non

ECHOGRAPHIE PROSTATE

Taille : Normale
Echostructure : Homogene

CONCLUSION : Reins normaux
Vessie normale
Prostate de taille normale et homogène

Docteur Jaffer ZEMRAG
CHIRURGEN UROLOGUE
32, Rue Toudhourchine (ex. Gadiell)
Dr. Gadiell - Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24