

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Souscriptions 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.

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Optétaire :

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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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° P19- 0048958

D

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : AMINE 848 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMINE

ABDESLAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06637403990

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 :

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 :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relèvent 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

1 JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes

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 évenir 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

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



MUPRAS

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

FEUILLE DE SOINS 860445

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AMINÉ Abdellah

Matricule : 0878 Fonction : Retraité Poste :

Adresse : Hay Oly Abdellah Rue 289 N° 19 Casa

Tél. : Signature Adhérent : AMINÉ Abdellah

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 : Soin de genou

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

A : CASA, le 05.10.19 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

860445



Matricule N° : Nom du patient : Date de dépôt : Montant engagé : 2000,00 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALAOUI Mohamed PHARMACIE MY ABDELLAH <i>Rue 300, N° 98 - Ain Chack.</i> <i>Hôpital Med. Sekket - Casablanca</i> <i>Tél: 05.22.21.73.64</i>	05/11/14	194,70

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	

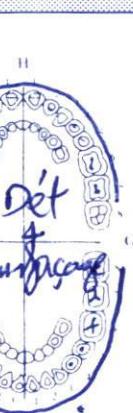
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DENTS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire 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
		<i>Exécution pour Soin dégencive</i> <ul style="list-style-type: none"> - Détartrage en 2 Séances - Surfage de 4 Secteur 	<i>D 24</i> <i>D 80</i>	<i>D 24</i>	<i>2000</i>		<i>05/10</i>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



مصحة الفاروق لطب وجراحة الأسنان

CENTRE DENTAIRE AL FAROUK

Prophylaxie - Soins Dentaires - Chirurgie - Prothèse fixe - Prothèse mobile - Parodontie exclusive
Orthodontie exclusive - Implantologie orale - Occlusodontie - Blanchiment

Dr. WAFFAR Hanane Ep. Dr. EL FAROUKI
Chirurgien Dentiste
Lauréat de la Faculté de Médecine
Dentaire Hassan II - Casablanca

الدكتورة حنان فاروق
طبيبة جراحية للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان - الدار البيضاء

Casablanca le 05/06/19

ANNEE FATIMA



9600

1) AXIMYCINE



1CP
79,70

3x PJ

ZITHROMAX 500 mg
Boite de 03 comprimés

Lot : 1275993

Date Fab : 06 / 2019 Date Exp : 05 / 2021
PPV 79,70 DH

2) Zithromax (CP)



1CP

3x PJ

22,00

9600

3) ecadol

ALAOUI Mohar
PHARMACIE MY ABE
Rue 300, N° 98 - Ain Chock
Hôpital Med Sekket - Casablanca
Tél: 05.22.21.73.64

CENTRE DENTAIRE
AL FAROUK
05/06/2019

1CP
19,70

3x PJ

pd5J

NOTE D'HONORAIRES

CENTRE DENTAIRE

ALFAROUK

Dr. WAFFAR Hanane
ICE: 0015000025

Nom et prénom du médecin dentiste : **Dr. WAFFAR Hanane**
N° de l'IMPE : **094378522**
N° de l'ICE : **0015056795000025**
N° de l'IF : **14421238**

Date **05/10/19**

أسنان مالحة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
		05/10/19				
Exécution pour Saine de gencive						
- Détartrage en 2 Séances	D_{24}			500,00		<i>Dr. WAFFAR Hanane ICE: 0015000025</i>
- Surfaçage de 4 Sécteurs	D_{80}			1500,00		<i>Dr. WAFFAR Hanane ICE: 0015000025</i>

Montant global : **2000,00**

Mode de paiement

Espèce

Chèque

Signature et cachet

*Dr. WAFFAR Hanane
ICE: 0015000025*

Adresse :

téléphone :

E.mail :

Fax :