

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2156 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZERIWA BOUCHAIB

Date de naissance :

Adresse : S/0 BloC 49 - N° 66 CSES

Tél. : 07/67/182650 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

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 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 échelonnements  
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



# M U P R A S

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857.  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.

## FEUILLE DE SOINS

0536157

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ZERI WA  
Matricule : 2156 Fonction : RETRAITÉ Poste :  
Adresse : S/0, BLOC 49N 66 route  
Tél. : 07.07.18.26.50 Signature Adhérent : C.W.P.

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. ZERI WA BOURHIDI Age : 70  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Affection pulmonaire

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

A ..... Casablanca, le 04/09/2019 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

## VOLET ADHERENT

0536157

### DECLARATION

Matricule N° : 2156  
Nom du patient : ZERI WA  
Date de dépôt : 15/09/2019  
Montant engagé



# 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
4/9/2019	C		300	<p>Dr. DERRI EL YOUSFI Jamil OPHTHALMOLOGISTE 7, Rue Bendjelloun - Casablanca Tel: 022 27.49.95</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PROGRÈS El Guermaj Abdessamad Casablanca - Tel: 0522 26 43 66 Fax: 0522 26 43 66	04/09/2019	M 760

## 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
		AM	PC	IM	IV	

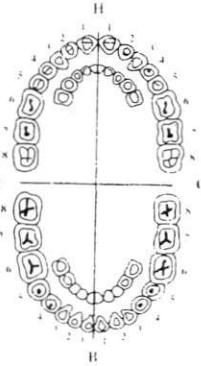
## VOLET ADHERENT

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

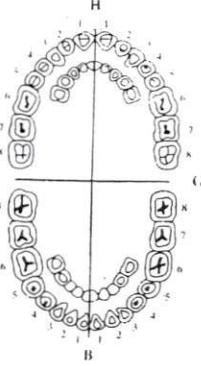
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

'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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				

G.D.F. PROTHESES DENTAIRES	H	D	G	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	25533412	00000000	00000000	H 21433552
	00000000	00000000	00000000	D 00000000
	00000000	00000000	00000000	G 11433553
	35533411			B

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	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

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Marseille

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

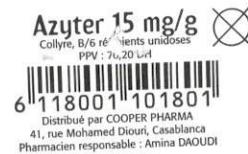
أمراض وجراحة العيون

04 Septembre 2019  
Casablanca le : ..... الدار البيضاء في

Mr. ZERIWAL BOUCHAIB

1/ AZYTER. COLLYRE

7620 1 goutte 2 fois par jour. pendant 3 jours

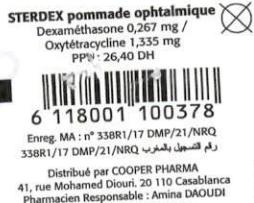


2/ STERDEX POMMADE

2640 1 application par jour, le soir au coucher, œil droit, 15 jours

3/ SOINS DE PAUPIERES

1580 Par compresse tièdes x 5 minutes  
puis massage au doigt x 5 minutes, œil droit, 15 jours



11760



PHARMACIE DU PROGRES  
EL GUERMAÏ Abdelghani

9, Place du 16 Novembre  
Casablanca - Tel: 0522 22 05 20  
Fax: 0522 20 13 06

DR. DJEBLI EL AYDOUNI Karim  
OPHTHALMOLOGISTE  
7, Rue Ben Dahan - Casablanca  
Tél: 05 22 27 49 95

7 , زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف  
7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95