

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 : 81 65 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khribech Yassine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

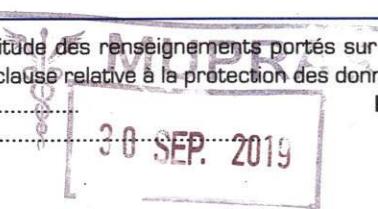
Nature de la maladie : .....

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) : 

30 SEP. 2019

**ACCUEIL**

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº P19-039255

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 :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- SY = 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 courant et de petite chirurgie
- = 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 confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE  
OSPITALISATION EN HOPITAL  
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU EVENTORIUM  
OUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit de actes répétés en plusieurs séances ou actes 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

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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



**M U P R A S**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

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

FEUILLE DE SOINS 1627152

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Khribech Yasser

Matricule : 8165 Fonction : CDS Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Khribech Reg 30 SEP. 2019 Age 22 parent

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : Accès (2019)

Nature de la maladie : Dermatose

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

A Rabat le 15/07/19

Durée d'utilisation 3 mois

DR. METHQAL Aicha  
Dermatologue  
Dr. N. A. Nakhl  
et R. A. Hamdi  
Signature et cachet du médecin

## **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
15/07/18 - CS	CS	300 (000) Dhs		Dr. METHQAAL AICH Dermatologue 7, Imm. Bousmane Sazdi et Riazdad Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MARIANE RIYAD Hay Riyad 3 bat Tél: 06 37 71 44 55	15/07/19	210150

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

D<sup>r</sup> Aicha METHQAL

Dermatologue Vénérologue

Ancienne interne en dermatologie des Hôpitaux de Paris

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Diplômée en Lasers en dermatologie Université VSQ, Paris

Diplômée en Chirurgie dermatologique Université VSQ, Paris

Diplômée en Techniques de complément et médecine esthétique

Université Paris 12, Paris



الدكتورة عائشة مثقال

طبيبة الأمراض الجلدية والتناسلية

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا، الرباط

مخرجة من كلية الطب بالرباط

حاصلة على دبلوم في :

الليزر للجلد، باريس

جراحة الجلد، باريس

طب التجميل، باريس

Rabat le 15/07/19.

N'Khribeche Youssef.

1) Aloëem intensive gel moussant .

pour se laver le corps  
1x/j 3mns .

2) Aloëem Baume .

1 fois par jour sur tout le  
corps 3mns - (j à 2 fois/jour)  
au besoin -

3) Diprosone extre (19h)

320° L application par jour 7 jours sur  
les lésions des jambes puis 1/2 7 jours

Immeuble A, appartement 7, angle av. Nakhil et rue Mohamed Yazidi Hay Riad, Rabat

العنارة A ، الشقة 7 ، الطابق 2 ، ملتقى شارع النخيل و زنقة محمد البزيدي حي الرياض الرباط .

Tel : 05 37 71 21 39 / E-mail : docteur.methqal@gmail.com

puis 1/3 jours.

H1 lucidine crème - (matin)

39° 1 fois par jour sur les lésions  
des jambes et des ~~bras~~ <sup>bras</sup> 10 jours -  
bras -

S1 Augmentin cp 500 mg -

138° 2cp x 3 par jour 7 jours.

T = 20° 50

Dr. METHDAL Aicha  
Dermatochirurgie Vakhi  
7 Imm. A. Marjane Hay Yazidi  
Rue Mohamed Hay Riad - Rabat

PHARMACIE MARJANE RIYAD

Hay Riad - Rabat

Tél.: 05 37 71 44 56