

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

## 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 tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **01034**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DOUKKALI**

**LEILA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 plconfidentiel à l'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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)  
 CNPSY = 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
 CASABLANCA  
 TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2853  
 FAX : 91.26.52  
 TELEX : 3998 MUT  
 E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 425589

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **DOUKHALI LELLA**  
 Matricule : **1034** Fonction : **Veuve** Poste :  
 Adresse :  
 Tél. :  
 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **DOUKHALI, Lalla** Age :  
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
 Date de la première visite du médecin : **2005**

Nature de la maladie :

**D.N.D**

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

A : **RT**, 25.10.10  
 Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du praticien  
 Endocrinologie / Médecin généraliste  
 DIABÈTE - OBÉSITÉ - CHOLESTÉROL  
 31, Groupe Arabe 1<sup>er</sup> étage, Babdoum Babat  
 Tél : 05 37 75 83 78

### VOLET ADHERENT

N° 425589

#### DECLARATION

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



Réf. imp. 302216025

## 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
11/05/2014 Endocrinologie - Métabolisme DIABÈTE - OBESITÉ - CHOLESTÉROL Groupe Argane - 1 <sup>re</sup> étape Takadoum label	11/05/2014 Endocrinologie - Métabolisme DIABÈTE - OBESITÉ - CHOLESTÉROL Groupe Argane - 1 <sup>re</sup> étape Takadoum label		256	Dcteur AL HALABI-MOUMY O. Endocrinologie - Métabolisme DIABÈTE - OBESITÉ - CHOLESTÉROL Groupe Argane - 1 <sup>re</sup> étape Takadoum label Tél: 05 37 75 83 78

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
25/10/13	19.07.20	<p>Pharmacie LES LILAS</p> <p>Dr. Nabila FSIHI</p> <p>INPE 102040052</p> <p>Tel. 0537756273 + 0537-63-95-80</p>

## **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 PROTHÉSES 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.

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

**MONTANT  
DESSOINS**

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur AL HALABI-MOUMY O  
Spécialiste

Endocrinologie - Maladies Métaboliques  
DIABÈTE - OBESITE - CHOLESTEROL

الدكتورة الحليبي المومي أمية  
اختصاصية

أمراض الغدد - السكري  
السمنة و الكوليسترون

العمل بالدوام المستمر

Docteur AL HALABI-MOUMY O:

Endocrinologie - Maladies métaboliques  
DIABÈTE - OBESITE - CHOLESTEROL

31, Groupe Argana - 1<sup>er</sup> étage Takaddoum Rabat

Tél : 05 37 75 33 78

الرباط، في

Doukkali, laïda

جرايم 50/1000

3x43ج ١٤٢٨ج ٩٢٣ -

- جلورا ٢ ١٤٠٥ج ٩٢٣ -

3x٤٩ج ١٤٢٨ج ٩٢٣ -

- Vestarel

3x٧٥ج ١٤٢٨ج ٩٢٣ -

- Dull ٢٥ج ١٤٠٨ج ٩٢٣ -

٢٣ -

٢٣ -

٢٣ -

٢٣ -

٢٣ -

٢٣ -

INP 101007961



31، مجموعة أركان الطابق الأول التقدم - الرباط - الهاتف : 05 37 75 83 78

31. Groupe Argana - 1<sup>er</sup> étage - Takaddoum - Rabat - Tél : 05 37 75 83 78

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

PPV 400DH00  
PER 05/21  
LOT 11235

PPV 400DH00  
PER 05/21  
LOT 11235

PPV 400DH00  
PER 05/21  
LOT 11235

25,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Toujours sèche

150,00

150,00

150,00