

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.

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.

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

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



11626

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009507

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6805 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAKRAD Amel Date de naissance : 24/03/61
Adresse :
Tél. : 661329317 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 : 09/12/2018
Signature de l'adhérent(e) : Amel

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009507

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)
- PSY = 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
- D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- D = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- C = Acte de pratique médicale couvrant 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 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 échelonnés 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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT
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° 402091

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAKRAH HMEUIL
Matricule : 6805 Fonction : Supérieur Poste : 2616
Adresse : Même adresse
Tél : 06 61 32 93 57 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SADKI ZAHRA Age : [] [] [] [] [] []
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Affection oculaire
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A : le : / /
Signature et cachet du médecin : [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 0402091

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé


Nombre de pièces jointes :



RELEVÉ 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
21/11/19	C		200,00 DH	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	21/11/19	135,21

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	
	28.11.19					9700,00

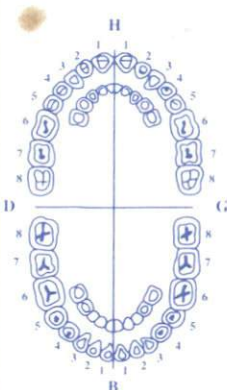
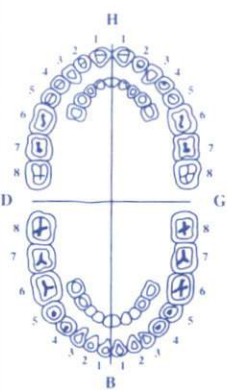
VOLET ADHERENT

* 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.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> </div> <div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div> </div> </div> <div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div> </div> </div> <div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div> </div> </div>															
<div> <div>ODF</div> <div>PROTHESES DENTAIRES</div> </div> 	<div> <div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> </div>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> </div> <div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div> </div> </div> <div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div> <div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghizlane EL HOUARI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



د. غزلان الهوارى

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

07 novembre 2019

Casablanca, le : **الدار البيضاء، في :**

Mme SADKI Zahra

1/ EOLE DUALE COLLYRE



1goutte 3 fois/jour, les deux yeux, 2 Mois

EOLE Dual 10 ml
Gouttes oculaires

PPC: 135,00

E01 19

07/2022



PHARMACIE DE LA SANTE
N°2, TR. HADDY
Hay Walea - S.M. - Casablanca
Tél : 0522 71 73 25

شارع محمد الزمراف. رقم 53. الطابق الأول. سيدي مومن

(إمام محطة الطرامواي التشارل) - الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N°53, 1er Etage - Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف : 0522 70 01 57 - E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com

Dr. Ghizlane EL HOUARI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



د. غزلان الهواري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عبون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : **07 novembre 2019** : **الدار البيضاء، في**

Mme SADKI Zahra

Monture + verres correcteurs

Amincis

OD = -12.00

OG = - 9.50 (- 0.50 à 160°)

respecter svp le centrage



OPTIC ATTACHAROUK
Opticien Optométriste
2, Mosquée Al Itidal Hay Wala
Attacharouk Tr 2 - Casablanca

شارع محمد الزرّاف. رقم 53. الطابق الأول. سيدي مومن

(أمام محطة الطرامواي التشارل) - الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N°53, 1er Etage - Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف : 0522 70 01 57 - E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com

2 Mosquée itidal hay walaa atacharouk
Tranche 2- Casablanca. Tel : 0661568674

N° 003669

Date : 27 / 11 / 2019

Mr/Mme/Mlle : SARAH ZAHNUN

DOCTEUR : G. HIZLAW EL MOHAMMAD

Désignation			Total (DHs)
SPH	CYL	AXE	
V.L. O.D : -12.00 O.G : -9.50	-0.50	160°	900.00 900.00
V.P. O.D : O.G :			
ADD : Verre : Minéral blanc, Photogris, Photobrun, Orgapique, Progressif, Double Foyer, Fort indice Monture : Métallique, Plastique, Nylon, Percée Face Supplémentaire : A.R/A.R Multicouche			900.00 9900.00
Total TTC :			9900.00

Arrêtée la présence facture a la somme de :

Deux Mille Sept Cent Dix Huit