

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.

éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 790

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AMRANI H, Aissa IDRISI

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) :

12/01/2019

MUPRAS 2019

2019

2019

2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES -

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

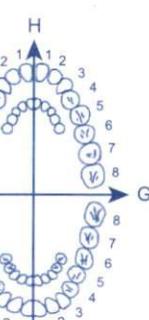
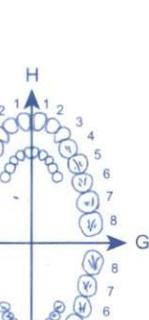
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array} $			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- CS
NPSY = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
N = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
D = 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 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 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 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 revenir 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 : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 478915

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AMRANI My Aissa
Matricule : 790 Fonction : Retraite Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AMRANI My Aissa Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : 01/11/19
Nature de la maladie : 
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances
A : Cas, le 01/11/19
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et Sceau de Dr KOHEN Saïd Mohammed
MEDECIN GENERALE
A. Hay My Abdellah Rue 167 Aïn Seba
0522 21 49 27/0661 14 23 13

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° :

N° 478915

Nom du patient :

140 + 520,40

Date de dépôt :

10/11

Montant engagé



Nombre de pièces jointes :

Dr. KOHEN SAID Mohammed

Ex. Médecin-chef de la B.L.S des F.A. R.

CABINET DE MEDECINE GENERALE

Bd. S M A R A Rue 167 - n° 4

Hay Moulay Abdellah

Ain-Chock - CASABLANCA

Tél : 05 22 21 49 27

FAX : 05 22 21 29 36

Autorisation d'Exercer N° 7819



الدكتور الكومن سعيد محمد

طبيب رئيسي سابق للواء الخفيف
للأمن للقوات المسلحة الملكية

عيادة الطب العام

شارع اسمارة زنقة 167 رقم 4

حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 49 27

الفاكس : 05 22 21 29 36

Casablanca, Le 04/11/2019 الدار البيضاء في

1321.00

92 ANTHR 200mg AT50

11

~~MAXICURV 1000~~

11 (416)

55.40

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

12

~~Sur 1000 mg~~

11 (416)

14.30

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

13

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

99.70

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

140.00

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

14

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

79.00

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

15

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

520.40

~~1000 mg/1000~~

11 (416)

PPV: 132DH00
PER: 06-20
LOT: B1820

URGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V: 55DH40
9
6 118000 060957

LOT : 160998
UT AV : 09/2021
PPV : 14.30DH

LOT : 14518008
PER : 10-2023
PPV: 99,70 DH

HARMACIA
DIOURI M
133, Bd. Taza H
Casablanca Tel: 092003
INS: 180655 PER: 140.000DH

Dr KOHEN Saïd Mohammed
MEDECINE GENERALE
4, Hay My Abdellah Rue 167 A Chock
Casa 0522 21 49 27/0661 14 23 13
PPC = 79,00 DH