

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-512535

Maladie Dentaire Optique A
 Cadre réservé à l'adhérent (e) 17077

Matricule : 09392 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : QUETTAR KHALID
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés :

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 7 JAN. 2020

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-512535

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@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.

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- S = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- NPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- N = 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 kinsithérapeute
- 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 a 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 remi 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 échelonnées
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 Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU000246

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : GUETTAR KHANOU
Matricule : 9392 Fonction : gestionnaire IL Poste : 9307
Adresse : avenue Salazar, 82 My Hava NZU, Casa
Tél. : 0662 75 51 61 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : GUETTAR MOHAMED Age 15 | 03 | 19
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : 01/01/2019
Nature de la maladie : Globale
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.....
A CASA le 31/12/2019 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Abdelhamid KHELFA
Spécialiste Pédiatrie
304, Boulevard 2 Mars - Casablanca
Tél: 05 22 81 05 00


VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 000246


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
31/12/19	CS	1	250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/19	2356

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 canalair ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td> </td><td style="text-align: center;">H</td><td> </td></tr> <tr> <td>25533412</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td> </td><td style="text-align: center;">B</td><td> </td></tr> </table>		H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
		H																					
	25533412		21433552																				
	00000000		00000000																				
	D		G																				
	00000000		00000000																				
	35533411		11433553																				
		B																					
			MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>																				
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhamid KHELFA

Pédiatre

Diplômé d'Etat de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux de France
Ancien Pédiatre à l'Hôpital Avicenne de Marrakech

304, Bd. 2 Mars - 2^{ème} étage - N°4
(à Côté Mosquée Spunna) Au dessus Wafa Bank - Casa
Tél.: 05 22 81 05 00
Portable : 06 10 75 88 95

الدكتور عبد الحميد خلفة

طبيب الأطفال

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابقاً بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بمستشفى ابن سينا بمراكش

304، شارع 2 مارس - الطابق الثاني - رقم 4
(قرب مسجد السنة) - فوق بنك الوفاء - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 81 05 00
الهاتف النقال: 06 10 75 88 95

31 DEC 2019

Casablanca, le في الدار البيضاء،



RETTAIL

Notarised

ANNEXE Synalor



1940

2 8 x 3 1 2

GEL DAKTARAN BUCCAL

5300



1 Hec x 3 1 2

BETASTRINE

3000

100 rot { 03 j

Docteur Abdelhamid KHELFA

Pédiatre

Diplômé d'Etat de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux de France
Ancien Pédiatre à l'Hôpital Avicenne de Marrakech

304, Bd. 2 Mars - 2^{ème} étage - N°4
(à Côté Mosquée Spunna) Au dessus Wafa Bank - Casa
Tél.: 05 22 81 05 00
Portable : 06 10 75 88 95

الدكتور عبد الحميد خلفة

طبيب الأطفال

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بمستشفى ابن سينا بمراكش

304، شارع 2 مارس - الطابق الثاني - رقم 4
(قرب مسجد السنة) - فوق بنك الوفاء - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 81 05 00
الهاتف النقال: 06 10 75 88 95

31 DEC 2019

Casablanca, le في الدار البيضاء، في



GIFT MAIL
Notarized

ANURON Synalor



1940

2 fl x 3 fl

GRU DAKTANN Buccal

5300



1 fl x 3 fl

BETASTRINE

3000

100 fl { 03 j

ORIKEN NBS 1F

5370



10 x 2

Maphar
Km 10, Route Côtière 111.
OJ Zenata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal (40g
P.P.V : 53,00 DH



- FITOPHON

7950



1 cc x 2

19,40



Dr. Abdelhamid KHELFA
Spécialiste Pédiatrie
304, Boulevard 2 Mars - Casablanca
Tél.: 05 22 81 05 00

23560



Contenu net: 150 ml

Lot: 190724
A consommer de préférence avant le: 07-2022
PPC: 79,50 DH

LOT : 5180
UT.AV : 09-21
P.P.V : 30 DH 00



53,70

