

# 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.

## **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 canalaire, 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 canalaire.

## **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

*Dent*  Optique  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4176**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OMAR ABDELMAJID**

Date de naissance : **01.01.1951**

Adresse : **HABITATION**

Tél. : **0668593259**

Total des frais engagés : **1000,00** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ...../...../.....

# 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 au 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 PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obeaux 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 évenir 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

ÄEROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

N° 831012

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : OMARI ABDELMAJID

Matricule : 4176 Fonction : RETRAITE Poste :

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0668593259 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : OMARI ABDELMAJID Age : 01 01 51

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Sorex Dentaire

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

A : Cas, le 24-09-119

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et timbre du médecin

Docteur YOUSSEF Mohamed  
72, Bd Zerktouni - 36192 CASA  
Tel: 0522 77552 (MT 0662) 10 06 21

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 831012

Matricule N° : 4176

Nom du patient : Mon meuse

Date de dépôt : 24-09-119

Montant engagé 1000,00

Nombre de pièces jointes : 01



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Chet et Signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et Signature du Praticien	Date 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 émis 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
	33 Ra	Compl. 3 Rx	COEFICIENT DES TRAVAUX 231
	33 Ra	115.5. 9 12, 12	MONTANT DES SOINS 1000011
	33 Ra	2 3	DEBUT D'EXECUTION 24/9/19
	33 Ra	31	FIN D'EXECUTION 24/9/19
<p align="center"><i>دكتور كشوك Dr. KASHOK Docteur KASHOK N° 60192 - CASA 72, Bd Zekriaoui N° 60192 - CASA Tél: 0522 27 75 82 GSM: 0662 10 06 21</i></p>			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFICIENT DES TRAVAUX
	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANT DES SOINS
	B	G	DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION
<p align="center"><i>دكتور كشوك Dr. KASHOK Docteur KASHOK N° 60192 - CASA 72, Bd Zekriaoui N° 60192 - CASA Tél: 0522 27 75 82 GSM: 0662 10 06 21</i></p>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA EXECUTION	

Dr. KSIKES Mohamed

CHIRURGIE - DENTISTE

Diplômé de la faculté de Médecine de DAKAR

الدكتور كسيكس محمد

جراحة الأسنان

خريج كلية الطب ب Dakar

72, Boulevard Zerkouni 2<sup>ème</sup> étage, N°4

(Face Marché des Fleurs) - Casablanca

Téléphone : 0522 277 582

GSM : 0662 100 621

72، شارع الزرقطوني، الطابق الثاني رقم 4

(أمام سوق الزهور) - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 277 582

المحمول : 0662 100 621

Casablanca, le ..... ٢٦ . ٩ . ٢٠١٩ ..... الدار البيضاء، في

23 SEP. 2019  
DR.KSIKES MOHAMED  
M'dina Center

BPN Dr.  
Z3

J. soussigné Dr. KSIKES Mohamed autorise  
l'effectuation du soin fourni au  
Patient du nom de M. Abdellatif  
prié de verser au Dr. KSIKES  
le montant de

