

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**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](http://www.mupras.com)

6594

**Déclaration de Maladie :** N° S19-0018353

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Au**

Cadre réservé à l'adhérent : **ACCUEIL**

Matricule : **1086**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KERROUM Ah**

Date de naissance : **01-01-4**

Adresse : **MAIL KZ 04**

Tél. **0615918547**

Total des frais engagés : **10.000,00**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/07/2019**

Age :

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Lien de parenté : **Médecin**

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'attache médicinal conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je **O** avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **MARRAKESH**

Le : **29/10/20**

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)
CNPSPY	= 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'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

DATE DE DEPOT

 **MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

26.07.2019

**FEUILLE DE SOINS ACCUEIL** № 0385623

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Nom & Prénom : **KERROUM Almoust**  
Matricule : **1086** Fonction : **RETRAITÉ** Poste :  
Adresse : **MARRAKECH**  
Tél. : ..... Signature Adhérent : 

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom & Prénom du patient : ..... Age **01 01 14**  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : .....  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
**28 AOUT 2019**  
**ACCUEIL**

A ..... , le ..... / ..... / .....  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature du cabinet du médecin :   
Dr. .... ANTONIO .... FASSI ....  
Hab. Mohammadi ....  
Tel. 05 24 300 300  
Fax 05 24 300 300

**VOLET ADHERENT**

DECLARATION  
Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé .....  
Nombre de pièces jointes : .....

 **MUPRAS**  
28 OCT. 2019  
**ACCUEIL**

Réf. imp. 302216

RELEVE D'ACTES			NOMINAIRE	
des actes	Maturité des actes	Nombre coefficient	Cachet et attestation	Signature
				
				
				
				
				
				
				
				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

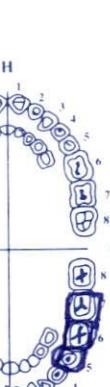
## VOLET ADHERENT

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés 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
			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANT DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			<i>29/08/2019</i>
			<i>Dr. Fathia</i>
			<i>Ass. Dr. S. M.</i>
			<i>10/10/19</i>
			<i>Ace D 540</i>
			<i>px aps N</i>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D 00000000 00000000	B G	D 640	MONTANT DES SOINS
		<i>10 000,00</i>	DATE DU DEVIS
			<i>5/08/19</i>
			DATE DE L'EXECUTION
			<i>10/10/19</i>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Dr Ihsat BEN DANNOUN  
318 Haymarket Street Marrakech  
Signature

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
Dr Ihsan BEN DANNOUN  
Chirurgien Dentiste  
316 Avenue de l'Indépendance  
Hay El Hammamet - Marra Tech  
Tél : 05 24 300 300

I.V.P. 08/10/21/198 N°patente: 45.34.26.58.

Dr. Ihssan Ben DANNOUN

Diplômé en Odonto-Stomatologie

Ancien médecin au CMD

Centre de Médecine Dentaire

(Santé Publique)



الدكتور إحسان بن دنون

طبيب جراحي للأسنان وأمراض الفم

سابقاً بمركز طب الأسنان

(الصحة العمومية)

Marrakech , le :

10/10/19

مراكش ، في:

N. de tif: 69, 16.84.90

ORDONNANCE

Certificat Médical

- 35 F.M. D100 1000,00dh

- Bridge 3 elements  
[35 - 36 - 37] D540 900,00dh

Pal. D640 1000,00dh

Dix m. des dents.

Dr. Ihssan BEN DANNOUN  
Chirurgie Dentaire  
318, Unité V Av. Allal El Fassi  
Hay Mohammadi - Marrakech  
Tél. 05 24 300 300

318، الوحدة الخامسة شارع علال الفاسي الحي المحمدى - مراكش - الهاتف : 024 31 28 72

318, Unité V Av. Allal El Fassi Hay Mohammadi - Marrakech - Tél. : 024 31 28 72