

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

D/RB

DOS n° 8345

Déclaration de Maladie : N° S19-0018443

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07716 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IRAKI HOUSSEINI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661459859 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ 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 : 14 NOV 2019

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)
 CNPSY = 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 de 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 couvrant 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 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 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 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 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 854553

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : IRAKI Housseini N-L
 Matricule : 07716 Fonction : RETRAITE Poste : -
 Adresse : 689, Rue Goulmina CAS
 Tél. : 0661 459859 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : IRAKI Housseini Mohamed Age : 1 | 4 | 0 | 7 | 4 | 3
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
 Date de la première visite du médecin : 25.09.19
 Nature de la maladie : Suivi
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : Dr. AAZAZI Hajar
Médecin Dentiste
Résidence Haidar Jassim 1 Angle
Bd. Goulmina et Rue Beni Amir Etq.
N°4 Bourgogne Casablanca
Tel: 05 22 29 55 79
 A _____, le _____ L _____ / _____ Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 854553

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



MUPRAS

Ref. Imp.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/19	162.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet 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 exigés par la Mutuelle.

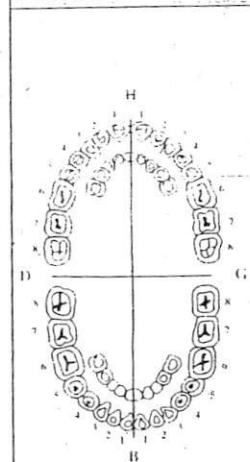
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D24	D24	D54
	D16	D16	140000
	D16	D16	25.09.19
	D16	D16	04.11.19
	D54	D54	Dr. AAZAZI Hajar
			Médecin Dentiste
			Résidence Haider Jassim 1 Angle
			Bd. Goulmima et Rue Beni Amir Etg. 1
			N°1 Bourgogne - Casablanca
			Tél: 05 22 29 55 79

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANT DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. AAZAZI Hajar
Médecin Dentiste
Résidence Haider Jassim 1 Angle
Bd. Goulmima et Rue Beni Amir Etg. 1
N°1 Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 29 55 79

Dr. Hajar AAZAZI

Médecin Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca



الدكتورة هاجر عزازي

طبيبة جراحة للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca le : 04/11/19

Facture : N° 192222

Je certifie l'existence des soins

dents effectués par moi-même de Mr

IRAKI Housseini Mohamed

à la demande de M. Housseini

(le 04/11/19).

ICE:002209903000035

Dr. AAZAZI Hajar
Médecin Dentiste
Résidence Haidar Jassim 1 Angle
Bd. Goulmima et Rue Beni Amir Ety
N°1 Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 29 55 70

Résidence Haidar Jassim 1, Angle Bd Goulmima et Rue Beni Amir.
Ety 1 N1 Bourgogne, Casablanca.

Tél: 05 22 29 55 79 / Email: dr.aazazi@gmail.com

Dr. Hajar AAZAZI

Médecin Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca



كتورة هاجر عزازي

طبيبة جراحة للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca le : 26 08 18

Mr. IRAK Housseini Mohamed

76-
H-Bidulgy



LOT : 3743
UT.AV : 06-21
P.P.V : 76 DH 00

مضاد حيوي

15 قرصا

up of 18
Lig. Ce
21- Melvic 2.5



206gr

up of 15
31- Lwokin 20



200 3/B

Application Après Bce
200 18f

1- 162.10

Dr. AAZAZI Hajar
Médecin Dentiste
Résidence Hajdar Jassim 1 Angle
Bd Goulmima et Rue Beni Amir Eto 1
N°1 Bourgogne - Casablanca

Résidence Hajdar Jassim 1, Angle Bd Goulmima et Rue Beni Amir.
Eto 1 N1 Bourgogne. Casablanca.
Tél: 05 22 29 55 79 / Email: dr.aazazi@gmail.com

Dr. Hajar AAZAZI

Médecin Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca



الدكتورة هاجر عازي

طبيبة جراحة للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca le : 11/05/14

Mr. IRAKI Housseini Mohamed

FFC

Dr. AAZAZI Hajar

10/05/14

Sté. PHARMACIE LOUBILA
Dr G. Benani Ep. Alami
16, Rue 15 Quarter Loubila
Casablanca - Tél: 05 22 26 00 14

PPV: 55,00 DH
LOT: 615252
PER: 11/20

Dr. AAZAZI Hajar

Médecin Dentiste
Résidence Haidar Jassim 1 Angle
Bd. Goulmima et Rue Beni Amir Etg. 1
N°1 Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 29 55 79

Résidence Haidar Jassim 1, Angle Bd Goulmima et Rue Beni Amir
Etg 1 N1 Bourgogne. Casablanca.

Tél: 05 22 29 55 79 / Email: dr.aazazi@gmail.com