

## 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 | adhésion@mupras.com |

La présente déclaration de maladie est soumise à la protection des personnes physiques et légale. Toute réclamation ou contestation doit être effectuée par écrit.



## Déclaration de Maladie

benjafir

N° W19-490879

005 n° 8773

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

901

Société :

CHTIOUI LAFcen.

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre

Nom & Prénom :

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-490879

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

# 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 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 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 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 venir 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

CJ Appel + SMS Casa Anfa  
23/01/2019 jamaïca

DATE DE DEPOT 24/1/19  
AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.com



25/10 MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOINS N° 1387710

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHTOUII Latcay  
Matricule : 981 Fonction : fermali Poste :   
Adresse : 367 UMNOV EXA  
Tél. : 066845112 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : chtouii Fatima Age :   
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 25 JAN 2019  
Nature de la maladie : Dentiste Dentaire  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :   
Signature et cachet du médecin : Carabala le 24/01/2018  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des es	Nature des actes	Nombre et coefficent	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Prénom et nom du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détallé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

Docteur Mohamed BENCHEKROUN  
 Chirurgien dentiste  
 Esthétique dentaire & Implantologie Orale,  
 Chirurgie Buccale et Endodontique  
 Postgraduate à New York University College of  
 Dentistry  
 Lauréat des facultés de Genève et Lyon  
 Ex enseignant à la F.M.D.C  
 93, Bd Massira Al Khadra 3<sup>e</sup> étage  
 Maarif  
 20100 Casablanca  
 Tel : 0522 25 91 47  
 Fax : 0522 25 91 77  
 Email : dentiste.ben@gmail.com

Casablanca, 27.12.2018

MME CHTIOUI FATIMA



fournir RX avcc  
 & CCC  
 MURRAS

**FACTURE : N°96/18**

Date	Acte	Prix
27.12.2018	IC+CCC SUR LA 11+13+21+24+35 (7600dh X5)	38000,00dhs
	CCCSUR LA 23+25 (7000dhx2)	14000,00dh

23 OCT. 2019

BBR

31120

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
 CINQUANTE DEUX MILLE DIRHAMS.

<b>Total</b>	52000,00DH
--------------	------------

Cabinet Dr. BENCHEKROUN Med  
 93, Bd Massira Al Khadra  
 Résidence Sorour - 3<sup>ème</sup> étage  
 Casablanca



Cabinet Dr. BENCHEKROUN Med  
93<sup>rd</sup> Bd Massira Al Khadra  
Résidence Souour 3<sup>eme</sup> étage  
Tunisie 1007  
Tunisie 1007



19/09/2018

19/09/2018

25 Sept 2018



Cabinet Dr. BENCHEKROUN Med  
93<sup>rd</sup> Bd Massira Al Khadra  
Résidence Souour 3<sup>eme</sup> étage  
Tunisie 1007  
Tunisie 1007



19/09/2018

19/09/2018