

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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.

## ntaire :

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 caractéristique 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



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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0010468

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04649 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Abdennasser 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 : Abdennasser 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0010468

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 : .....

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	SF	= Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiques par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiques par un Orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiques par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R - Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialités		

### 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                                      | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                                       | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU                                 | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM   |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit                            | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes                      | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps. | - 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

## ضمانة الخطوط الملكية المغربية mutuelle royal air maroc

N<sup>o</sup> 4649



### FEUILLE DE MALADIE

MEDECINE GENERALE, SOINS SPECIAUX, HOSPITALISATION

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

NOM ET PRENOM	Mle	DATE CONFIRMATION	AFFECTATION
RESSAM Abdennasser	4649	1982	AGADIR

Nom de jeune fille pour la femme mariée : .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE PARENTE	PROFESSION
Mel' M' Boue	17.01.1956		

Domicile : Bloc 108 N° 47 CITANAF AGADIR

S'agit-il d'un accident ? OUI ☐ NON ☐

Causé par un tiers ? OUI ☐ NON ☐

Paiement sur bulletin de Paie ☐

Paiement hebdomadaire par la Caisse ☐

METTRE UNE CROIX DANS LA CASE DE LA REPONSE EXACTE

Joindre à la feuille de maladie les ordonnances médicales tarifées par le Pharmacien (prix payé en regard de chaque produit et apposition du cachet commercial).

En marge des Ordonnances, transcrire très lisiblement le nom exact des spécialités.

Toutes les pièces constituant le dossier Malade doivent être jointes à la demande de Remboursement.

(Voir au verso de la feuille de maladie la notice expirative pour le praticien et l'adhérent)

#### AVIS IMPORTANT

Toutes fraudes ou fausses déclarations entraîneront l'exclusion de l'adhérent dans les formes prévues par le statut de la Mutuelle (Art. 54-ch. IV)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus  
SIGNATURE DE L'ADHERENT

Durée d'utilisation 3 Mois

Prière présenter la carte professionnelle pour chaque remboursement

CONTROLE MUTUELLE

ENREG N° .....

DATE .....

VISA .....







**Dr . Khalid JAFARI**

Diplômé de La Faculté de Médecine  
de TOULOUSE (France)

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angio - Strabologie

**الدكتور خالد الجعفري**

خريج كلية الطب  
بتولوز (فرنسا)

أمراض و جراحة العيون  
طب الحول - اشعة الليزر

08 MAI 2019

أكادير, في : .....

Dr. JAFARI AGADIR

Jeune fille avec une forte myopie

OD + 1,50

OS + 2,00

OD + 2,75 le 1er jour

**CHEMS VISION**  
**OPTICIENNE OPTOMÉTRISTE**  
v. Hassan II, Imm. Hôtel KAMAL  
Tél: 05 28 24 84 40

**Dr. JAFARI Khalid**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Faculté de Médecine de Toulouse  
Hassan II - Imm. ASSOULIL Apt. N° 1100 / 2<sup>e</sup> Etage  
AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50

# CHEMS VISION

DATE:	09/05/19
FACTURE N°:	92/18

mille DHS

ICE :001736747000056

**CHEMS VISION**  
OPTICIENNE OPTOMÉTRISTE  
Av. Hassan II, Imm. Hôtel KAMAL  
Tél: 05 28 24 84 40