

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.

Education :

Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de éducatrices.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

Facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

soi-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Affection Longue Durée ALD et ALC :

declaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

ses Mails utiles

tion : contact@mupras.com
charge : pec@mupras.com
et changement de statut : adhesion@mupras.com

it le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043621

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6184 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELOUADI RACHID

Date de naissance : 27/11/1981

Adresse : 27, Rue Sal Bahaa SENJA R

Tél. : 0661165617 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/8/19

Nom et prénom du malade : BELOUADI YASMIN Age: 23

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Acne' columbee

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) :

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)
- = 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 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnements
- 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 035992

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BELLOUADI RACHID
 Matricule : 61814 Fonction : Retraite Poste : PNC
 Adresse : 27, Rue AL BAHAA SENJARI
 Tél. : 664 1165617 Signature Adhérent : Rachid

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Belouandi Yassine Age :
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin :
 Nature de la maladie : Acne colosibelle (injection)
 Dr. ZAÏD Selma
 ATCHOUQUE - VENEROLOGUE
 16, Rue Yahia Al Harrach
 1000 Sidi Saïd N° 2 (Casablanca) Tel. 05 22 39 34 08 - GSM: 08 70 10 31 79
 Fax: 05 22 39 34 08
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
 A cas le 20/08/19 Signature et cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 035992

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



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
le 30/08/19		2 (Deux)	300000	Dr ZAID SAWAF Dr MARGOUE YAHIA AL FRANI de deux Drs. SAYER HMM. STA. Younas Sous le 30 April, N° 2 Quartier Roudat 2021 1984 09 - Guise 06 73 11 37 70



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 * P.F. * * TEL. 05 22 25 00 74 05 22 99 39 86 *	30/08/19	172,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau

Sexuellement transmissibles.

Chirurgie des Cancers cutanés

Comblement des rides - Botox

Tests Allergies - Peau



الدكتورة سلمى زايد

طبيبة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب

مقيدة سابقة بمستشفيات باريز وليل

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

والحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس

سرطان الجلد، الجراحة التجميلية

الازير و زرع الشعر

تحاليل حساسية الجلد

30/08/19

Casablanca, le

Jamile Belouardi

①

Teen Derm K



globane 5%

21/12/05

16,60 .

ap prosthème



③ Recherche mousse



Cheveux, corps , sinus

39,70 . sinus

Dr ZAÏD Selma

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Angle des Rues Yacoub El Mansour

Oujda - Maroc - Tel: 05 22 25 00 74/05 22 99 39 86 *

Résidence Star youngs stage, Appt. N°2, Angle Rue Ibn Yahia al Ifrani et Rue Oumaima Sayah

Tél/Fax: 05 22 39 84 09 - GSM: 05 22 39 84 09

at a côté du resto Toscana J. Racine - Casablanca - Tél.: 05 22 39 84 09 / 05 22 39 41 41

E-mail : drselmazaid@gmail.com

= 72,70 (on BAAROBAN)

70 V.



fromage

fromage

chocolat

creme fraiche

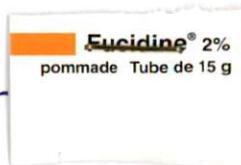
beurre

mustelle

cheese cake

cheesecake

39,70 <



PPV 116DH40 LOT 8D044
EXP 12/2020

