

# 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 :

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.

## Optique :

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.

Le 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.



**Déclaration de Maladie**  
Nº P19- 0043047

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 500476 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Yousra Wakkach

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 : Yousra Wakkach 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ..... / ..... / .....

# 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 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 kinsithérapeute  
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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes 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

En cas 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 433993

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *OUAKAÏDÉ FATIMA*

Matricule : *50018*

Fonction : *UV*

Poste : *DR*

Adresse : *...*

Tél. : *0628161214*

Signature Adhérent : *...*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *OUAKAÏDÉ FATIMA* Age *114 10 18 15 7*

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *25/06/2019*

Nature de la maladie : *Dermatologie*

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances : *...*

A *Dermatop*, le *26/06/2019*

Durée d'utilisation 3 mois

INP : *071169322* DR : *DRANE*  
Signature et cachet du Médecin  
Dr. *...* Achraf, App. *...* d'Essaouira  
Spécialiste *...* *...*  
Rue *...* Makkah, Tel. 05 24 22 6124  
ICE : *...*

### VOLET ADHERENT

N° 433993

DECLARATION

Matricule N° : *...*

Nom du patient : *...*

Date de dépôt : *...*

Montant engagé : *...*

Nombre de pièces jointes : *...*





Docteur Houda Mirrane

Spécialiste en Dermatologie

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

الدكتورة هدى ميران

أخصائية في أمراض الجلد والشعر والأظافر

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

Marrakech, le ٢٥/٠٦/١٩ مراكش، في

OUA KHCHACHI Fatima

1) D- Cure Forte (3 boîtes)

43,60 x 3 1 ampoule chaque 15 jours

~~143,80~~ 3 mois

Sté pharmacie Centrale SARL  
165, Bd Mohammed V - Marrakech  
Dr Hézoune Tarik  
Tél. : 05 24 43 01 58

الدكتورة هدى ميران  
Houda MIRRANE  
Spécialiste en Dermatologie  
Appt 1, Route d'Essaouira  
05 24 43 01 58  
ICE : 001861124000017

إقامة الشفاء، الشقة رقم 1، طريق الصويرة (فوق صيدلية ايزكي) - مراكش

Rés. Achifaa, Appt n°1, Route d'Essaouira (au dessus de la pharmacie Iziki) - Marrakech

ICE : 001861124000017 / Tél : 05 24 34 74 22 - E-mail : dr.houda.mirrane@gmail.com

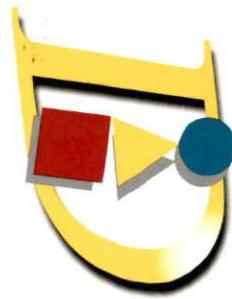
PPV: 49,60 DH  
LOT: 18K20/B  
EXP: 11/2021

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI  
Vitamine D3

Importé par : Ergo Maroc  
Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.  
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



د-كير® قوي

الشراب 3 أطقم

كليوكالسيفيرا 100 000 وحدة دولية  
فيتامين D3

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH  
LOT: 18K19  
EXP: 11/2021

49,60

PPV: 49,60 DH  
LOT: 18F07/B  
EXP: 06/2021

6 118001 320103



1

2

3