

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.

Prothèse :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0039264

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5098 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDERAHIM Abdellah

Date de naissance : 19/05/1950

Adresse : Rixid WARDAD n°11 A. ALLALELFASSI
MARRAKECH

Tél. : 0673.77.97.81 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) :

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 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 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

- 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 28
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMar

FEUILLE DE SOINS 685681

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABDERRAHMAN Abdellah
Matricule : 5098 Fonction : Retraite Poste : -
Adresse : Rond WAKA Av. Hual Faou' DA n°11 Tchech
Tél. : 0673779781 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ABDERRAHMAN sony mabr Age 24 | 06 | 19
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : 29/07/2019
Nature de la maladie : Pathologie psychiatrique
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances quarantaine
A montréal le 29.07.2019 Signature et cachet du médecin [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

685681

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



MUPRAS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Consultation	1	Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Laboratoire OUB EL MANSOUR 1, Av Yacoub EL Mansour Guéjiz - Marrakech 24 44 70 60-Fax 05 24 43 78 5	02/08/19	B, M, S, O	1541,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs es 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 canaux ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANT DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YACOUB EL MANSOUR

31, Avenue Yacoub El Mansour - MARRAKECH - Tél: 0524 44 70 60
Fax: 0524 43 78 99

BOURRIOUAIAT S.

Pharmacien Biologiste

IDENTIFIANT FISCAL UNIQUE: 69100750
PATENTE 45304015 RC : 40434
CNSS 1195313
INP 073002636
ICE 001527687000052



FACTURE N°: 850802042

Marrakech, le 02/08/19

Mlle ABDERRAHIM SARA MAHA
11-RES ELOUARDA
AV ALLAL EL FASSI-MARRAKECH

Prescripteur: DR ID AHMAD HICHAM

NATURE DES EXAMENS:

ANALYSES	CODE	COTATION
NF+PLA	0000	B80
VITESSE DE SEDIMENTA	0136	B30
GLYCEMIE à jeun	0000	B30
UREE	0000	B30
CREATININE	0000	B30
TRANSAMINASES	0000	B100
VITAMINE D TOTALE (0000	B400
TSH.u.s	0000	B200
FERRITINE	0000	B250

TOTAL DOSSIER : 1541,00 DH

P A Y E E : DH

REGLEMENT :

- 1 : ESPECE
- 2 : BANQUE

PAYE

Dr. BOURRIOUAIAT Saloua
Pharmacie Laboratoire
YACOUB EL MANSOUR
31, Av Yacoub EL Mansour
Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 70 60 - Fax : 05 24 43 78 99

RESULTATS EN LIGNE

Demandez votre login et mot de passe au secrétariat.

7/ BNT - ALAT.

8/ Ferri Arémie -

Dr. BOURRIQUAIAT Saloua
Pharmacie Laboratoire
YACCOUB EL MANSOUR
31, Av Yacoub EL Mansour
Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 70 60 - Fax : 05 24 43 78 99

Dr. Hicham EL AYMAD
Médecin
Ministère de La Santé

Date : 22/07/2019

ORDONNANCE

Dr. Hicham ID AHMAD

Médecin

Ministère de La Santé

SARA MPTA ABDENALIM

1/ NTS-127

2/ Abgum - ajin

3/ US

4/ waei - celat

5/ TSH - us

6/ vit A.D

Dr. BOURRICHAIA Saloua
Pharmacie Laboratoire
YACCOUB EL MANSOUR
31 Av. Yacoub El Mansour
Guélliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 70 60 Fax : 05 24 43 78 99

Centre
Monétique
Interbancaire

02/08/19 11:00:50

9900217770

92177701

LABO YACOUB EL MANSOUR
Marrakech

A00000000032010

APP : VISA ELECTRON

ABDERAHIM/SARA MAHA.MLE

xxxxxxxxxxxxxx6905

02/21 CARTE ETRANGERE

6FDOECC44EA89B6C

221-0-9999-1-44

MONTANT: 1541,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION: 176654

STAN : 001046

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT