

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ladie 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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL Yamany Mohamed

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



conditions générales

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 courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

R 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 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 confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

PITALISATION EN CLINIQUE

PITALISATION EN HOPITAL

PITALISATION EN SANATORIUM OU INTORIUM

EN MAISON DE REPOS

CTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

repétés en plusieurs séances ou actes

comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

EN CAS D'URGENCE

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



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° 121980

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Elyamany Med*
 Matricule : *1013* Fonction : *retraite* Poste :
 Adresse : *16 lot laalay. n° 1 elogi 3*
Bourgogne Casa Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Elyamani Elmghang Sidi Fe* Age : *77 / 7943*
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *05/10/19*

Nature de la maladie : *Affect. Motog 9*

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

A *Casa*, le *05/10/19*

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cache du médecin



VOLET ADHERENT

N° 121980

DECLARATION

Matricule N° : *1013*

Nom du patient : *Elyamany Med*

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :

MUPRAS



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
05/10/19	C2		300.00	  <p>الموسيقى والفنون العربي نادي الدار البيضاء DAR AL-BIADSA Charia 744 - 1000 744 Rue Bouzid - 1000 Gauthima Bourguiba - Casa - Tel: 022.48.74.43</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie La Corniche 319, Bd. Moulay Youssef CASABLANCA Tél/Fax : 05.22.27.67.03 EL ALLALI Naouai	05/10/19	1520,-P

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

Dr. My Larbi KHADDOU

Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins,
des Voies Urinaires et Organes Génitaux



دكتور م. العربي خادو

طبيبي في أمراض و جراحة الكلى
و المسالك البولية والتباشيرية

و جراحة المسالك البولية عبر المنظار

خصم الكلى و المسالك البولية بالأشعة

و العجز الجنسي عند الرجال، الأمراض التباشيرية

و التبول اللازاري عند الطفل

ن بالصدى الصوتي

خواصي سابقًا بالمستشفيات العسكرية :
اخلاة، مستشفى محمد الخامس الرباط)

- Exploration et Chirurgie Endoscopique
- Lithotripsie Extra-Corporelle
- Stérilité Masculine et Impuissance Sexuelle
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'Enfant
- Echographie Urologique

Ex. Chirurgien Urologue des Hôpitaux Militaires
(Dakhla, Hôpital Militaire Med V Rabat)

ORDONNANCE

Casablanca, 05/10/19

(362,00 x 3)



Mr EL YOUSSEFI ELMGHARY SIDI MOHAMED

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 362,00 DH
6 118001 142880

6222403
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 362,00 DH
6 118001 142880

988129 : 01
6 118001 142880

1) COMBODART

(196,50 x 2)
1cp / j le soir au coucher pd 3 mois

2) CIPROXINE 500mg

41,70 1cp 2x/j pd 10j

3) FELDENE

1520,79 1cp/j pd 10j

Pharmacie La Corniche
315 Bd. Moulay Youssef

CASABLANCA

Tél/Fax : 05.22.27.67.03

EL ALLALI Naoual

FELDENE®
20mg PIROXICAM
10 COMPRIMES Dispersibles

UT. AV. : 0 9 0

P.C.V.

06 66 40 85 04 (المحمول)

Résidence Hanan Jassim

LOT N : 1243709

41,70

Bourgogne

Casa - Tél. : 022.48.74.43

بان جاسم - 744، زنقة بوكراش شارع كوليميا - الطابق ما فوق السفلي

Bourgogne - Casablanca - Tél. : 05 22 48 74 43 - GSM : 06 66 40

LOT : M0047
EXP : SEP 2023
PPV : 196,50 DH

LOT : M0047
EXP : SEP 2023
PPV : 196,50 DH



farmacie La Corniche
3, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
EL ALLALI Naoual