

## 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.

### Radiologie 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.

### Dentaire :

- 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

La 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.

N° W19-474416

CR

**Maladie**    **Dentaire**    **Optique**    **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3404 Société :

Actif    Pensionné(e)    Autre :

Nom & Prénom : QASSOUD AHMED

Date de naissance :

Adresse : Riad Andalouse Almein Villa 3

Californie

Tél. : 06 09 16 99 39 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/19

Nom et prénom du malade : CHAFIK Laila Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALDIPRAS

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 : Casa Le : 02/10/19

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)
- SY = 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 couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- |     |  |
|-----|--|
| SF  | = Actes pratiqués par la sage femme et relèvent 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 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  
EVENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs échelons  
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

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.



# 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 1594008

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : QASSAOUD AHMED

Matricule : 3404 Fonction : C.D.B Poste :

Adresse : Riad Andalous Almenia Villa 3, California

Tél. : 06 61 16 19 39 Signature Adhérent : Q.A

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Chafik Heida

Age 10/11/159

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 02-10-2005

Nature de la maladie : docte epsty asthme

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

A Laâyoune le 02/10/2005 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 3404

Nom du patient : Chafik Heida

Date de dépôt :

Montant engagé 62004

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/10/10        | VE                |                       | Gratuit                         | 08 28 65 22 11 191<br>Signature du Médecin                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE ACHIRO</b><br>101, Bd El Qods Lot Mandatona<br>Rue 14 Inara 1 Ain Chik - Casab<br>05 22 52 82 53 | 28-10-14 | 620.90                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 des soins.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

142,80



Date : 04/10/2013

Nom/prénom : Dr CHAFIK

142,80

75,00

➤ Pantoprazole GT 40 mg.

01 cp matin avant repas.

Pendant 01 mois.

349,00

14,40

➤ Doliprane 1g suppo.

01 suppo 03 fois/jours si d

➤ Lovenox 0.4 ml.

01 injection par jour en S/C.

Pendant 05 jours

39,70

➤ Fucidine pommade.

01 application deux fois par jour.

620,90

Sped. 01/10/2013 10:22:09 47 30  
et le 01/10/2013 10:22:09 47 30  
DR KHEIRI AL AZOUIZ



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaa Casablanca  
Lovenox 4000 unités x 10 ml  
PPV: 349,00 DH  
118001 080465