

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.

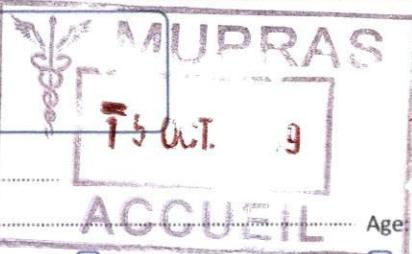
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> At
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 07739	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Mohamed
Nom & Prénom : FADIL		Date de naissance : 14/10/56	
Adresse : Habriuelle		Tél. : 0604 331303	
		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  ACCUEIL </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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
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 kinesithérapeute
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.

Le 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

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION 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
s 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 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 Prévoyance 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 612624

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : FADIL Mohamed
 Matricule : 07739 Fonction : Retraité Poste : /
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 06.04.33.13.03 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : n° FADIL MOHAMED Age 114 10 56

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Candidose Genital

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

A CASA le 27/09/19 Signature et Cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

*Dr. Sadiq LATIF
00228600 12228600 12228600 12228600
GSM: 0662 00 85 00*

VOLET ADHERENT

612624



DECLARATION

Matricule N° : 07739
 Nom du patient : Fadil M.S.
 Date de dépôt : 16.10.2000
 Montant engagé + 300
 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
27.09.19	S		300,00	Dr. Saïd CHIBATI 122, Bd 2 Mars - Casablanca 05 22 66 09 86 GSM 06 62 07 85 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.09.19	820,- Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 des soins.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H	25533412	21433552		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000		MONTANT DES SOINS
G	00000000	00000000		DATE DU DEVIS
B	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E		

Dr. Saïd LATIF

Lauréat de la faculté de Médecine de Paris
Spécialiste en Coelioscopie et Chirurgie Générale
Chirurgie de la vésicule biliaire, Foie, Intestin, Hernie
Thyroïde (Goiitre), Hémorroïde, Fistule et Varices ...

Chirurgie de L'appareil urinaire et génital
Chirurgie de l'enfant et chirurgie d'urgence
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Casablanca le : 27.09.19

الدكتور سعيد لطيف

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في الجراحة بالمنظار ليزر و الجراحة العامة

جراحة الجهاز الهضمي المراة، المعدة، الأمعاء

جراحة الفتق - الغدد - العروق - جراحة البواسير

فال و جراحة المستعجلات

لصدى

PPV 99.00 DH

LOT: 181764
PER: 08-21
PPV: 140.00DH

LOT: 180655 PER: 12-2020
PPV: 140.00DH

LOT : 9060
UTAV : 12-21
PPV : 147 DH 00

LOT : 9060
UTAV : 12-21
PPV : 147 DH 00

LOT : 9060
UTAV : 12-21
PPV : 147 DH 00

99.N

140.00 x 2

①. Oedes 20 mg n

1gel x 21 J

147-N + 3



②. Caneflucan.150 mg n3

1cp 15

920.N



Dr. Saïd LATIF
122, Bd 2 Mars - Casablanca - Maroc - Tel. : 05 22 86 09 86