

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

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

## éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° S19-0018485

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **727** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DAKKA AICHA** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0679114465** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade :

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 :

=	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 courrant 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 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 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelonnements 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 évenir 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 MU 024504

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DAKKA AICHA

Matricule : 727 Fonction : ..... Poste : .....

Adresse : HAY GUINÈME 3 N° 38 80200 CASA

Tél. : 05 22 25 10 63 0679114465 Signature Adhérent : DAKKA

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DAKKA AICHA Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : .....

Nature de la maladie : Payniriz - Plume

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

A Carubel / 31-10-2010 Signature Dr. Nour El Moutada Mernissi  
Durée d'utilisation 3 mois

58, Rue El Moutada - Palmier  
Casablanca

Tél: 0522 25 18 44/0522 98 33 55

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 024504

Matricule N° : 727

Nom du patient : DAKKA AICHA

Date de dépôt : 16/11/2010

Montant engagé 457,80

Nombre de pièces jointes : 20

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
21.10.2013	Op.		200.000,00	Docteur Nézahatlada Casalancia 58, Rue El Moutada Tél: 0522 25 13 44/0522 98 33 55

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3.11.01/19	457,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 s

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
D	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LIEU

Dr Nezha Mernissi

Médecine Générale

DU. Echographie Générale Paris V

58, Rue El Mortada - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 13 44 / 05 22 98 33 55

Patente : 34771846 - ICE : 001717920000008

الدكتورة نزهة المرنسي

الطب العام

دبلوم في الإيكوغرافيا العامة

58، زنقة المرتضى - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 98 33 55 / 05 22 25 13 44

Casablanca, le : 3-1-10-2019

Quai DAKKA AREA -

- Ravanie (kg 1.

139,10

1410 net 30-

- Clemp fit

86,50

1 kg x 310

67,80

- Dozen

24

PHARMACIE NADIR  
Quai N° 3, Hay Attala  
Rue del Jadiha  
Tél : 05 22 25 13 44

- Avanys

115,00

2 pck x 1, w 0 n

69,00

- Doenox (21.

1 pck x 75 /

Docteur Nezha Mernissi  
58, Rue El Mortada - Palmier  
Casablanca  
Tél: 0522 25 13 44/0522 98 33 55

657,80

P.P.V : 139.50 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA



86,90

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

ID : 626403 GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115.00 DH  
6 118001 142262

LOT : 1300073  
BLW01 02/2022  
69,00DH



86,90

86,90