

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° 05-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS a été créée par la loi n° 05-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W19-488997
Dos n° 8237.

28/10

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7652 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAKIL IOHAMMED
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 : Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-488997

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Couper à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de déclaration :

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 couvrant 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ans les 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



Mail 02/10/19 11/09

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

enclite

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.ma

FEUILLE DE SOINS N° 436965

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom: *CHAKIL HOUANED*
Matricule: *01652* Fonction: *Rep. Rep. AMMAN* Poste:
Adresse: *JORDANIE*
Tél: *+96277512250* Signature Adhérent: *[Signature]*

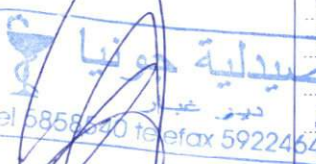
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: *CHAKIL H* Age: *02/10/1961*
Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin: *17 SEP. 2019*
Nature de la maladie: *[Stamp: MUPRAS]*
S'il s'agit d'un accident: Causes et circonstances: *[Stamp: 24 SEP 2019]*
Signature et cachet du médecin: *[Stamp: ACCORD, 17 SEP 2019, OK]*
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ 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
19/7/19			25, - JD	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	17-07-19	63.100 JD
	7-08-19	32.140 JD
	3-09-19	62.300 JD
	09-09-19	94.440 JD

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

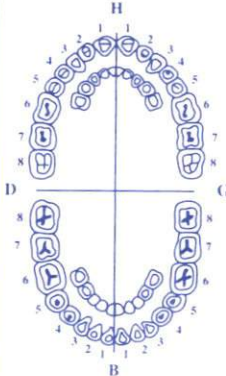
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

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	
H	21433552
D	00000000
G	00000000
B	11433553
(Création, remont, adjonction)	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة أمراض القلب
CARDIOLOGY CLINIC

Dr.

Mazen S. Saleh

M.D. Fellowship in Cardiology
Member A.C.C.

الدكتور
مازن صدقي صالح

إختصاصي أمراض القلب
شهادة الزمالة في أمراض القلب
عضو الكلية الأمريكية لأمراض القلب

Name:

الاسم:

Rx.

plavix 75mg 1x1

✓

Aspirin 100mg 1x1

✓

varfarin 1x2

✓

B Co 5mg 1x1

✓

Ovestra 20mg 1x1

✓

Galvus Met 50/850 1x2

✓



Dr. MAZEN S. SALEH
CARDIOLOGY CLINIC
M.D. FELLOWSHIP IN CARDIOLOGY

Signature

Date: 14/7-19 التاريخ:

Sign.: التوقيع:

Jounia Pharmacy
Deir Ghbar - T el : 5858540-5922464

Invoice No. 29932

INVOICE

Customer

Ins. Co.

Subscriber

مجد شكيل

Misc

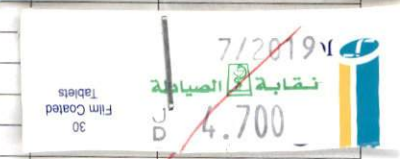
Date

17/07/2019

Qty	Description	Unit Price	Discount	TOTAL
1	CRESTOR 20MG 28TAB	33.190	0.000	33.190
1	B COR 5MG 30TAB	4.700	0.000	4.700
1	PLAVIX 75MG 28TABS.	14.220	0.000	14.220
1	ASPIRIN PROTECT 100MG 30TABLET	2.100	0.000	2.100
1	VASTAREL MR 35MG 60TABLETS	8.890	0.000	8.890



صيدلية جونيا
مجد شكيل
5922464



Payment

Credit

توقيع المشتري : توقيع البائع

Tax Rate(s)

Amt Paid

SubTotal	63.100
Discount	0.000
	2.428
Net Tot	63.100
Debit Amount	63.100

Jounia Pharmacy
Deir Ghbar - T el : 5858540-5922464

Invoice No. 39117

INVOICE

Customer

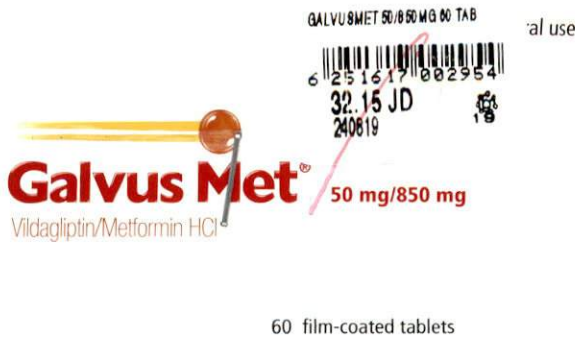
Misc

Ins. Co.
Subscriber

Date 09/09/2019

محمد شكيل

Qty	Description	Unit Price	Discount	TOTAL
1	GALVUS MET 50MG/850MG 60 COATED TAB.	32.140	0.000	32.140
1	PLAVIX 75MG 28TABS.	13.720	0.000	13.720
1	ASPIRIN PROTECT 100MG 30TABLET	2.100	0.000	2.100
1	B COR 5MG 30TAB	4.700	0.000	4.700
1	CRESTOR 20MG 28TAB	33.190	0.000	33.190
1	VASTAREL MR 35MG 60TABLETS	8.590	0.000	8.590



SubTotal	94.440
Discount	0.000
Tax Rate(s)	3.633
Amt Paid	
Net Tot	94.440
Debit Amount	94.440

This Invoice Generated By Falcon Pharm Pro (Falcons Soft Tel : +96265656597) email : info@falconssoft.com

Jounia Pharmacy
Deir Ghbar - T el : 5858540-5922464

Invoice No. 37982

INVOICE

Customer

Misc

Ins. Co.

Date 03/09/2019

Subscriber

محمد شكيل

Qty	Description	Unit Price	Discount	TOTAL
1	ASPIRIN PROTECT 100MG 30TABLET	2.100	0.000	2.100
1	PLAVIX 75MG 28TABS.	13.720	0.000	13.720
1	B COR 5MG 30TAB	4.700	0.000	4.700
1	CRESTOR 20MG 28TAB	33.190	0.000	33.190
1	VASTAREL MR 35MG 60TABLETS	8.590	0.000	8.590



صيدلية جونيا
دير غبار
Tel 5858540 telefax 5922464

SubTotal	62.300
Discount	0.000
Tax Rate(s)	2.397
Amt Paid	
Net Tot	62.300
Debit Amount	62.300

Payment

Credit

توقيع المشتري : توقيع البائع

Jounia Pharmacy
Deir Ghbar - T el : 5858540-5922464

Invoice No. 33522

INVOICE

Customer

Ins. Co.
Subscriber

مجد شكيل

Misc

Date 07/08/2019

Qty	Description	Unit Price	Discount	TOTAL
1	GALVUS MET 50MG/850MG 60 COATED TAB.	32.140	0.000	32.140



Galvus Met[®] 50 mg/850 mg
Vildagliptin/Metformin HCl



GALVUSMET 50/850MG 60 TAB
6 251617 002954
32.14 JD
30719

صيدلية جونيا
مجد شكيل
Tel 5858540 Telefax 5922464

Payment Credit

توقيع المشتري : توقيع البائع

Tax Rate(s)
Amt Paid

SubTotal	32.140
Discount	0.000
	1.236
Net Tot	32.140
Debit Amount	32.140