

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-497142

CA



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1A735

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Rouhi HAFSA

Date de naissance :

21 GRATHIM ANNAKHA M'91 MAARIF

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04 DEC. 2019

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :



Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

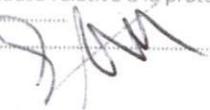
04 DEC. 2019

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 fournis 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) :



Le : / /

# 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 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

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelons 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 se présenter 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

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 1610243

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
 Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ROUHI HAFSA Age 08 08 76  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 24.09.2019

Nature de la maladie : Dermatose

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

A Casablanca le 24.09.2019 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

Matricule N° : 1610243  
 Nom du patient : .....  
 Date de dépôt : .....  
 Montant engagé .....  
 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
24.09.19	Ca		250,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **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	
<i>GRABET</i> <i>Cette R. 101</i> <i>2019</i>	01/10/2019					940,38

## 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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXERCICE

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

Dermatologue

- Maladies de la peau, des ongles,  
et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmetologie,  
Lasers



الدكتورة عايدة زروالي وارشى

- انتصادية في الأمراض الجلدية
- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب التجميل والليزر

Casablanca le ..... 26.9.2013 .....

9<sup>me</sup>

Hafsa Rouhi

1- Sensibio gel lavant

1 tablette 1/1 à jeter

2- ~~27840~~ ~~SAF Hafsa derma Casablanca~~ HQ : l'application

sur les taches pigmentées

132,003 - Abelac RN sérum

l'application sur 1/2

pour l'ensemble du visage

4 - Doulets CE : 1 app l ; le matin

5 - Naharé au soleil tout jour

\* 1 app l ; le matin

6 - Helicane 360 . 100+ gel cream

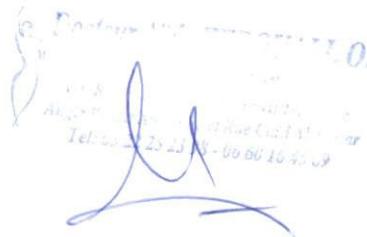
\* 1 app l 2<sup>nd</sup> m exposition

4 229,98

~~SB - BEA  
20, Rue Casablanca  
Marif, 105 P2 95  
Tel: 23 23 8-60 60 10 45 39~~

x pert l'exfoliant expect

2 utilisations 1 pem à rincer



93 94 95 96 97 98

$S_{\text{min}}[r_0]$

20. Rue Al Ghadfa Maarif Casablanca - CASABLANCA  
TEL.: 0522 98.42.76/98.42.93 - FAX: 0522 98.41.93

I.F N°:1004077 - PATENTE N°: 35800467 - C.N.S.S N°: 6009684 - R.C N°: 95493 - ICE N°: 000231022000088

Page:1

..... E A C T U A L R E P O R T .....

HAESAA ROUGHT

[63] 33

Ice n.

Heure: 16:31:29

Facture N° : 190099466  
Date : 01/10/2012

T-SITE: 3 TOTAL: 111G 940-38

DONT THA: 7 % 0.00  
DONT THA: 20 % 156.73

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
NEUF DENT QUARANTE Pounds 38 Centimes