

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

ologie 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.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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° P19- 068124

ND 22026

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 22926 Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : EL HAYZI MY Ahmed

Date de naissance : 30/08/1956

Adresse : n° 2000 50 Hay NADARON

Tél. : 0660 00 85 90 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 20/02/2026 ACCUEIL

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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	SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
PSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z = Electro - Radiologie
= Acte de pratique médicale courrant et de petite chirurgie	B = Analyses
= Actes de chirurgie et de spécialistes	

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

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes abaux comportant un ou plusieurs échelonnements 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

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.



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 020855

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL HAMZI NY Ahmed.

Matricule : 2226 Fonction : Retraité Poste :

Adresse :

Tél. : 0660548528 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL HAMZI NY Ahmed. Age 31/08/56

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Enfèze cravate

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

A 088 , le 04/02/2020 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 020855

Matricule N° : 2226

Nom du patient : EL HAMZI NY Ahmed.

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
04/02/20	GL		250,00	D.H

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101, Bd El Oods Lot Mandarona Rue 14, Inara TA n Chok - Casablanca Tél : 05 22 52 82 53	04/02/20	372,30
PHARMACIE ACHIR 101, Bd El Oods Lot Mandarona Rue 14, Inara TA n Chok - Casablanca Tél : 05 22 52 82 53	21/02/20	196,60

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	

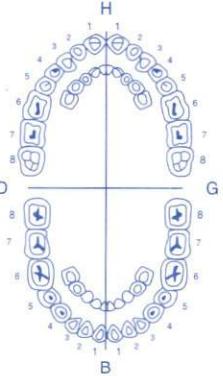
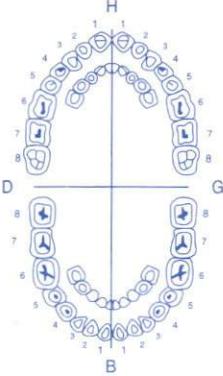
VOLET ADHERENT

* 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES							
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE							
	H 25533412 D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 G 00000000 00000000 11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
(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 CHAHI Abdelghani

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux HTA
Holter Tensionnel et Holter Rythmique
Epreuve d'Effort et Médecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغاني
عيادة أمراض القلب والشرايين
التسجيل المستمر للضغط الدموي و لخطيط القلب
اختبار القلب بالجهد

Nom : EL HANTI NOUSAY AHMED

Casablanca, le 04/02/2020

32,00
A.S
Claritec cp

1 -
1495,00
S.V
Molan S

145,30
A.S
Ketotolé Syr
2 boute

PHARMACIE ACHIR
Bd El Qods Lot Mandarona
Rue 14, Inara 1A n Chok - Casablanca
Tél 05 22 52 82 53

Chant

372,30

PHARMACIE ACHIR
101, Bd El Qods Lot Mandarona
Rue 14, Inara 1A n Chok - Casablanca
Tél 05 22 52 82 53

20,00



الدكتور شاهي عبد الغاني
عيادة أمراض القلب والشرايين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1-1er étage
Mars Andalous - Casablanca - Tél. 05 22 52 52 52

Dr CHAHI Abdelghani

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux HTA
Holter Tensionnel et Holter Rythmique
Epreuve d'Effort et Médecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغافي

عيادة أمراض القلب والشرايين

التسجيل المستمر للضغط الدموي ولتخطيط القلب

أخبار القلب بالجهد

Nom : El himmz my Ahmed

Casablanca, le 17/02/2020

196,60

A.S

→ Zytax 100 mg 27'



الدكتور شاهي عبد الغافي
أمراض القلب والشرايين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Angle Bd Panoramique et Bd 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 1^{er} Etg
Casablanca - Tel.: 05 22 52 05 05

**CENTRE
MONETIQUE
INTERBANCAIRE**

ACHAT

20/02/2020 10:14:59
9900137028
91379201
PHARMACIE ACHIR
Casablanca

A0000000032010
APP : VISA ELECTRON
EL HAMZI MOULAY AHMED

*****6308
09/21 CARTE NATIONALE
8D0868B49DB773F6
620-0-9999-1-44

MONTANT: 295.00 MAD
NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: OK6532
STAN : 003899

DEBIT

Le CHI vous remercie

TICKET A CONSERVER
Copie Client