

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Maladie chronique :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 068124

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2226 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANZI MY Ahmed

Date de naissance : 30/08/1956

Adresse : N° 20 Hay MANDARON

Tél. : 0660 248524 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) :

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)
- PSY = 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 kinsithérapeute
- 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
JOUR EN MAISON DE REPOS
S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ns 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



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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
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 N. Ahmed.
Matricule : 2220 Fonction : Retraite Poste :
Adresse :
Tél. : 0660548528 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL HAMZI N. 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 : Indige Chronique
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A CASA le 04 / 02 / 2020 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 020855
Matricule N° : 2220
Nom du patient : EL HAMZI N. Ahmed
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :
MUPRAS

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
04/02/20	82 EVO		250,00 DH	الدكتور عبد القادر Dr. Abdelqader Malade du Centre et des Vais Angie 60 - Radiologie et Bu Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1er Eto Casablanca - Tél: 05 22 52 05 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101, Bd El Qods Lot Mandarona Rue 14, Inara 1 A n Chok - Gasa Tél: 05 22 52 82 53	04/02/20	272,00
PHARMACIE ACHIR 101, Bd El Qods Lot Mandarona Rue 14, Inara 1 A n Chok - Gasa Tél: 05 22 52 82 53	07/02/20	196,50

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																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	(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'EXECUTION

Dr CHAHI Abdelghani

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



الدكتور شاهي عبد الغاني
عيادة أمراض القلب والشرائين
التسجيل المستمر للضغط الدموي وتخطيط القلب
إختبار القلب بالجهد

Nom : EL HADJI NOULAY AHMED

Casablanca, le 04/02/2020

32,00
A.S.
Charte cp
h up
S.V.
Cholester
205,00

صيدلية
PHARMACIE ACHIR
101, Bd El Oods Lot Mandarona
Rue 14, Inara 1 A n°1 - Cas
Tél 05 22 52 82 53

22,00
MXGS0059
CORALAN 5 mg
Boite de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

صيدلية
PHARMACIE ACHIR
101, Bd El Oods Lot Mandarona
Rue 14, Inara 1 A n°1 - Cas
Tél 05 22 52 82 53

45,30
A.S.
Kahlie sps
2 back

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

372,30

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

Dr CHAHI Abdelghani

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux HTA
Holter Tensionnel et Holter Rythmique
* Epreuve d'Effort et Medecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغاني

عيادة أمراض القلب والشرابين
التسجيل المستمر للضغط الدموي ولتخطيط القلب

إختبار القلب بالجهد

Nom : El Himmaz My Ahmed

Casablanca, le 17/02/2020

196,60



- Zylax nas

144 27'



الدكتور شاهي عبد الغاني
أمراض القلب والشرابين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd ~~Panoramique~~ et Bd 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1er Etg
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

**CENTRE
MONETIQUE
INTERBANCAIRE**

ACHAT

20/02/2020 10:14:59

9900137028

91379201

PHARMACIE ACHIR

Casablanca

A00000000032010

APP : VISA ELECTRON

EL HANZI 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