

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

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

Le 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.

99995

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3578 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMIDI

Al moud

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 Nº P19-047352

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Conditions Générales

DATE DE DEPOT

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

| | |
|-------|--|
| C | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien |
| CS | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) |
| CNPGY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre |
| V | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin |
| VN | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin |
| VD | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade |
| VD | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié |
| PC | = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie |
| K | = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux 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 prévenir 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 Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

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

FEUILLE DE SOINS N° 0399954

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *HAMIDI Ahmed*
Matricule : *3578* Fonction : *Retraite* Poste :
Adresse : *132 Rue de l'Esterel Guermi Casa*
Tél. : *05 22 98 87 58* Signature Adhérent : *J*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *HAMIDI AHMED* Age *11/19/44*
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : *Affection neurologique*
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A le Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

N° 399954

DECLARATION
Matricule N° :
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/1/20 | Consult | | 300 DHS |  Dr. ADIL BRAHIM Neurologue ESBB Residence infirhat, Avenue Nahou Zemmour 05 27 75 07 01 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|---|------------|-----------------------|
| LAMRANI MERYEM Pharmacie des Familles Angle Rue de Normandie et Imam Tabari Casablanca - Tél: 0522.25.05.00 | 16/01/2020 | 452,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du praticien | Dates des soins | Nombre | | | | Montant détailé des honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|----|----|----|--------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Cabinet de Neurologie

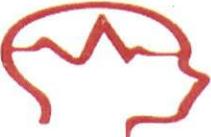
Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Nervous-Myogramme (EMG)



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

الخطيب الكھریانی للدماغ (الشيخة)

الخطيب الكھریانی للأعصاب والمهلات

الله

الله الباقي - زاوية ناصر الرويلي و الحسن الحسوي - الطلاق الثاني فوق النبك العلوي و السفلي - المغاريف - الدار البيضاء

Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelyoux) 2^{ème} étage - Maarif- Casablanca

Tel : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - WhatsApp : 06 23 81 97 21

Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www.neurologue-casablanca.com



casablanca le : 16/01/2020

HAMIDI AHMED

- Librax 5 mg / 2,5 mg
ARRET



Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

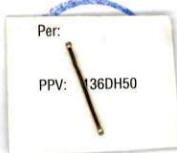
W 22 378

- Madopar 250 mg

1/2 Comprimé, matin, pendant , 3 jours puis 1/2 Comprimé, matin, soir, pendant , 3 jours puis 1/2 Comprimé,
matin, midi, soir, pendant , 3 mois (1 HEURE AVANT LES REPAS)

- CLOPRAME SIROP

1 cuillère, matin, midi, soir, pendant 15 JOURS



PPV 180H30

- Alyse 25 mg

1 Gélule, soir, pendant 1 mois



W 22 379

Totol.

4521 89

د. عادل العراقي
Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG ECG Casablanca
Residence Infitah - Angle Brahim Roudani et
Nahass Nahoui Zemz Elg. Maarif- Casablanca
Tel: 05 22 25 02 02 GSM: 06 23 81 97 21

LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angle Rues
de Normandie et Imam Tabari
Casablanca - Tel: 0522 25 05 60