

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.

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

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- 047325

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 790 Société : 26677

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Amrani My Aissa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 404 898 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° P19-047325

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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 Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

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° 478918

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AMEAN My Sissa
Matricule : 790 Fonction : Retraite Poste :
Adresse :
Tél : 0668404893 Signature Adhérent : Al

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AMEAN My Sissa Age
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 07 MARS 2020
Nature de la maladie : Reh
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances
A le 07 MARS 2020
Durée d'utilisation 3 mois

الدكتور الكوهن سعيد محمد
Dr. KOHEN Said Mohammed
Signature et cachet du Médecin
4, Hay My abdellah / 17 A Chock
Casa - 0522 21 49 27/0661 19913

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
07 MARS 2020			1500	Dr KOHEN Said Mohammed MEDECINE GENERALE 4, Hay My abdellah Rue 167 A Chock Casa - ☎ 0522 21 49 27 / 0661 14 23 13
13 MARS 2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de l'exécution
PHARMACIE AL AZHAR 133, Bd. Taza Hay My Abdellah Casablanca - Tel: 0522 215 966 INP: 092003896	07/03/2020	66730

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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D 00000000	G 00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	D 00000000	G 00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				MONTANT DES SOINS												
	(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KOHEN SAID Mohammed

Ex. Médecin-chef de la B.L.S des F.A.R.

CABINET DE MEDECINE GENERALE

Bd. SMARA Rue 167 - n° 4

Hay Moulay Abdellah

Ain-Chock - CASABLANCA

Tel : 05 22 21 49 27

FAX : 05 22 21 29 36

Autorisation d'Exercer N° 7819



الدكتور الكوهن سعيد محمد

طبيب رئيسي سابقا للواء الخفيف
للأمن للقوات المسلحة الملكية

عيادة الطب العام

شارع اسماة زنقة 167 رقم 4

حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 49 27

الفاكس : 05 22 21 29 36

Casablanca, Le 07 MARS 2020 الدار البيضاء في

38.80 12 ANTI INFLAMMATOIRE

17

1601.00

201.00

15.80 x 2

119.00

Fenitron 1 cm

CALB 10

FENITRON 1 cm

CELESTENE 4mg

PHYSONOR 1 cm

PHARMACIE
LOT: 6561
UT.AV: 11-22
PPV: 20DH00

38.80

CLARIL
Celecoxib 200 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV: 160,00 DH
6 118000 198001

811 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc

811 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouekoura

12 ANTI INFLAMMATOIRE

17

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMED
133, Bd. Taza Hay Mly. Abdellah
Casablanca - Tél: 0522 215 966
INP : 092003896

78.90

0.000 20
15
Alora yf Cu,
15

LOT 181033
EXP 07/2021
PPV 91.00DH

LOT: M0134
PER: 03/2021
PPV: 78,90DH

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMED
133, Bd. Taza Hay Mly. Abdellah
Casablanca - Tél: 0522 215 966
INP : 092003896

الدكتور الكوهن سعيد
Dr KOHEN Said Mohammed
MEDECINE GENERALE
4, Hay My abdellah - 167 A Chock
0922 21 49 27/08/14 29 13

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMED
133, Bd. Taza Hay Mly. Abdellah
Casablanca - Tél: 0522 215 966
INP : 092003896