

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## armacie :

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.

## optique :

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.

## aladie 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-

066488

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8199 Société : B9794

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : chenai Ben Ahmed

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 N° P19 066488

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)
- SY = 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 PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes abusifs comportant un ou plusieurs échelons 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 évenir 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 DÉPÔT  
AÉROPORT 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 744472

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : *SAAD BELLAMINE*  
Matricule : *8199* Fonction : *SA* Poste : *3110-11*  
Adresse : *Hay Tissir N°53 Rue 1 caser*  
Tél. : ..... Signature Adhérent : *SAAD BELLAMINE*

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *SAAD BELLAMINE*  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *08/6/2000*

Nature de la maladie : *Reinfection tuberculoïde*

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

A : *ESMA*, le *08/6/2000*, *Signature et cachet du médecin*

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Saad BELLAMINE  
Hay Tissir B.A. El Fida  
Tél: 05 22 83 29 06

### VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

Matricule N° : *8199 + 19320* 744472  
Nom du patient : *SAAD BELLAMINE*  
Date de dépôt : *08/6/2000*  
Montant engagé : *100000*  
Nombre de pièces jointes : *1*



## 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
08/06/2020			5150,-	Dr. Saâd CHALAMINE 122 Tissir Bd. El Fida Tel. 05 22 83 29 06

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur		Montant de
<b>Pharmacie Quiede Ziane</b> <b>D.F. : ASR 111111</b> <b>Tel. : 092047455</b> <b>Bd. E. Fida 1260 - Ain Chifa 3<sup>eme</sup> arrondissement</b> <b>Casablanca - Tel. : 052 2852 959</b> <b>ICE : 003495400000015</b>		173,-
EXECUTION DES ORDONNANCES		

## **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	

## 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 s

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

## Docteur Saâd Bellamine

Ancien Médecin Chef de (40 BIS) des F.A.R.  
Ancien Interne des Hôpitaux de Fès

## MEDECINE GENERALE

Boulevard El Fida (Prolongement)  
Hay Tissir - N° 969 - 2<sup>ème</sup> Etage  
CASABLANCA - Tél.: 05 22 83 29 06  
ICE : 001677255000020

عبداللام من

## الجيش الملكي (40 BIS) مستشفيات فاس

PARANTAL® 1g

PPV 15DH00  
EXP 02/2023  
LDT 9ND39 1

العام

داء (المتى)

الطباطبى 969

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 83 29 06

الدار البيضاء، في ..... Casablanca, le ..... 8/6/1980

70,90

Pharmacie M. S. B.  
Béziers  
S. 280

5280

~15,00

14

35,10

T = 173,80

173,80  
Pharmacie Ouled Ziane  
Dr. ASRI Ilham  
SIRET: 092047455  
Ain Chifa  
0522 852 0015

3,80  
Pharmacie Ouled Zi  
Dr. ASRI Ilham  
INPE : 092047455  
Bd. El Fida 12600 Ain Chicha 3  
Casablanca - Tel : 0522 852 959  
ICE : 000495400000015

Dr. Saâd B.  
Hay Tissir  
Casa - Tél: 05

**RECIDOUZÉ**

PPV 35DH10

20 dragées

EXP 10/2022  
LOT 93003 3

PROFENID 100 MG  
30 CP PEL  
P.P.V.:70DH90  
6 118000 060892

at 1450m  
ghosts

PPV16DH60 PER 01 22 L0T 110227 5180