

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.

Prothèse 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 059224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02182 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEN Benta MAHKA
Date de naissance : 1957
Adresse : habituelle
Tél. : 0707112262 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° P19-059224

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)
- = 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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obaux comportant un ou plusieurs échelonnées

ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

es 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

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

382612

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENBOUTA MALIK
Matricule : 02182 Fonction : Retraitée Poste :
Adresse : Salima 2 Rue 1 - Imm. 195 Appt 6 Cas
Tél. : 0707112262 Signature Adhérent : Benbouta

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mme BenBouta Fatima Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Cancer
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 30/10/20 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

DR. OARFA DRISS
OPHTALME
225, Bd. Driss El-Hariri - CASABLANCA
Tél: 05 25 51 1173
0116733333

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/20	5410

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/07/20		3500,00 DH

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

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 <input type="text"/>																					
				Montant des Soins <input type="text"/>																					
				Debut d'Execution <input type="text"/>																					
				Fin d'Execution <input type="text"/>																					
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 <input type="text"/>
	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 <input type="text"/>																					
				Date du Devis <input type="text"/>																					
			Date de l'Execution <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTICIENNE OPTOMETRISTE
DIPLOMEE DE L'INSTITUT SUPERIEUR MAGHREBIN
D'OPTOMETRIE ET D'OPTIQUE DE CONTACT (I.S.M.O.O)

Facture N° 001360

Date : 26/07/2020

RG 40 45 52
NP 33 80 52 50
IF 14 33 69 640
ICE 000 199 429 1000007

Mr : BENBOUJA MALIKA

Ordonance de Mr le Docteur : QARFA DRISS

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	O.D..... Loin O.G.....	O.D..... Prés O.G.....	O.D..... D.F O.G.....
Fourniture :			
Montures PLASTIQUE			800,00
Verres organique progressif			
PHOTOchromique			3100,00
VL, OD: -1,25 (-0,75 à 95%) OG: -1,75 (-0,75 à 95%) ADD: +3,00			
TOTAL :			3900,00

Arêtée le présente Facture à la Somme de :

trois mille neuf cent dix-huit # 3900,00#

MAGRABI OPTICAL
Opticienne Optometriste
Lentilles Contact
108, AV 6 Novembre CD Casa
Tél : 05 22 59 91 19

Dr. QARFA Driss



الدكتور القرقة إدريس

OPHTALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.

VOIES LACRYMALES.LASER.ANGIOGRAPHIE

**أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع
أنجيوجرافيا - الليزر**

Casablanca, le 30/06/2020 في الدار البيضاء.

Dr. Ben Boudia Talek

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

5410

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N° 116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

Dr. QARFA Driss
OPHTALMOLOGISTE
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA
Tél: 0522 56 21 77
INPE: 091167353-ICE: 001677789000055

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochaine contrôl dans : _____

295, شارع إدريس الحارثي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 56 21 77
295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77

Dr. QARFA Driss



الدكتور القرفة إدريس

OPHTALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

CATARACTE. GLAUCOME. STRABISME.

VOIES LACRYMALES. LASER. ANGIOGRAPHIE

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع

أنجيوجرافيا - الليزر

Casablanca, le

29/06/10

الدار البيضاء. في

J3 Ben Boudia (Caleth)

MAGRABI OPTICAL
Opticien - Oculiste
108, Bd Driss El Harti - Casablanca
Tel: 05 22 59 91 19

Wod = -1,25 - 0,75

Wes = -1,75 - 0,75

W7 allèles

Wod = +30

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochaine contrôle dans :

Dr. QARFA Driss
OPHTALMOLOGISTE
Driss El Harti - CASABLANCA
Tel: 05 22 56 21 77
0611233311 - 061677729000055