

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Pathologie 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.

## 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

La 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 820 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHAKIN MOHAMED.

Date de naissance :

Adresse : CITE M BARKA BEN NANI R 72 N° 20

..... Casab.

Tél. : 06 39 22 46 68 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ..... / ..... / .....

# Conditions Générales

## 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)  
 CNPSY = 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT 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 915274

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAKIR MOHAMED  
 Matricule : 820 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
 Adresse : CITE M'BARKA BENNANI R.72 N°20 CASA  
 Tél. 06.39.220.46.8 Signature Adhérent : CHAKIR M.

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Seliz Fatna Age :             
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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

A Casablanca le 26.1.03 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

*CHAKIR MOHAMED*  
 42 Bd du N° 100  
 Sidi Othmane 36.37  
 Tél 0522 220 46 8

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 915274 MUPRAS  
 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
26/08/2020 27/08/2020 28/08/2020 29/08/2020	—	5	250,00 DA	DI BELFAKIR ADIL YASSI CHIRURGE GENERALE 4, BD DU NORD 22. 1er étage Sidi Othmane Tél 0522 37 36 37 DI BELFAKIR ADIL YASSI CHIRURGE GENERALE 4, BD DU NORD 22. 1er étage
29/08/2020	Control patient			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2022	346,-
	02/09/2022	76,80

## **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 Mutualité.

#### **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

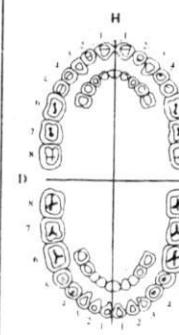
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

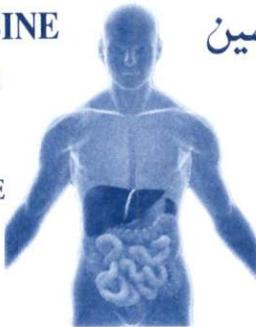


VISUALISATION DU BRUTALISME LITTÉRAIRE EN ROMAN

146 of 146 pages

**Dr . BELFAKIR ADIL YASSINE**  
**CHIRURGIE GENERALE**

- CHIRURGIE DIGESTIVE
- CHIRURGIE ENDOCRINIERE
- CŒLIO CHIRURGIE
- ECHOGRAPHIE



**الدكتور بلفقير عادل ياسين**  
**الجراحة العامة**

- جراحة الجهاز الهضمي
- جراحة الغدد
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى

Fait ,le : ..... 26. 08. 2012 .....

Sahib

Fetma

58,30

5830

①

Degas P 160 g.

— ]

]

58,30

4400

②

Bérian Fort

14+2



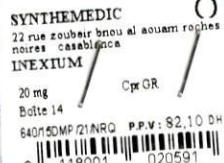
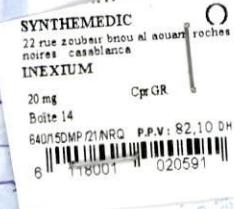
82,10 x 2 ③

Encexum de

14+2

9,620

Nelx



29,00 ④

Cabotan au celsolax



346,00 14+2

42, Boulevard du Nil, Bloc 22, 1er étage Sidi Othmane - Casablanca - Tél.: 05 22 37 36 35  
 05 22 37 36 35 شارع النيل بلوك 22 الطابق الأول. سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاتف

E-mail : belfakiradil@hotmail.com - GSM : 06 44 88 62 04

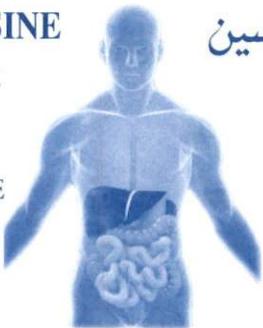
Dr . BELFAKIR ADIL YASSINE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

الدكتور بلفقير عادل ياسين

الجراحة العامة

- CHIRURGIE DIGESTIVE
- CHIRURGIE ENDOCRINIENNE
- CŒLIO CHIRURGIE
- ECHOGRAPHIE



• جراحة الجهاز الهضمي

• جراحة الغدد

• الجراحة بالمنظار

• الفحص بالصدى

Fait ,le : ..... 31/09/2020 .....

Sahib Fatma

LOT: 994  
PER: JAN 2023  
PPV: 52 DH 80

Indications, contre-indications, précaut  
doit être conservé à une température  
d'administration ; Voie locale. Faire pi  
.....

280 Ketum gP

Typhlalgin aqy

22,00

Cetol f

34,00

10x33

1 ▲

22,00

Dr. BELFAKIR ADIL YASSINE  
CHIRURGIE GÉNÉRALE  
42 BOUL AVOCAT 22, 1er étage  
Tél 0522.373635

42, Boulevard du Nil, Bloc 22, 1 er étage Sidi Othmane - Tél.: 05 22 37 36 35  
42 شارع النيل بلوك 22 الطابق الأول. سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاتف

E-mail : belfakiradil@hotmail.com - GSM : 06 44 88 62 04