

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## ntaire :

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 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

Nº P19- 058975

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9183 Société : 45780

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : El youmi Latifa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0599228215 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) : .....

# 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 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 PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes abaux 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 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



**M U P R A S**  
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 1589621**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL YOUSFI - LATIFA

Matricule : 9133 Fonction : Chef d'agence Poste :

Adresse : Agence AL MASSIRA

Tél. : 0522 77 87 15 Signature Adhérent : Elyoum

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El Youssi Latifa N° 230267

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : HIA Sévère

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

A Casab, le 28.10.20

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin  
Professeur H. BELHAJ  
Clinique Californie  
545, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98

## **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
28/10/2010	endommagement dentaire			
				Professeur M. BELHAJ Clinique Californie 45, Bd Panoramique Californie Casablanca - Tel: 0522 50 80 80 Fax: 0522 50 76 98

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SAHÉ	28/10/10	1083,00

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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'EXÉCUTION



valable 3 mois

Le 28.10.2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Professeur M. BELHAJ  
Clinique Californie  
545, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tel: 0522 50 76 80

Certifie que Mme, Mme, M. :

Présente

H.F. Sene

Nécessitant un traitement d'une durée de :

trois mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Ex : forage IACT 10/160/25kg/pf/3

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex-Rue Heinz) - Casablanca

Professeur M. BELHAJ  
Clinique Californie  
545, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tél: 0522 50 76 80  
Fax: 0522 50 76 98



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء - Clinique " Californie "

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

28-10-2020

Mme Latifa El Youmi  
361.00 x 3

Ex forgo HET no 1160/25mg  
100g

س.م

1083.00

Treatment  
Renouvelable  
3 mois

R Belhaj

Professor M. BELHAJ  
Clinique Californie  
45, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tel: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98



شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء 545

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - الهاتف : 0522 50 76 98 - Fax : 0522 50 76 98

E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com - الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني :

6118001030903  
EXFORGE HCT  
10mg/160mg/25mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH

12 2021  
BPM91  
01 20

3438

uni. Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

صين  
spagne **RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
Tableau A (liste I) – Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة A - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP  
LOT  
MFD

6118001030903  
EXFORGE HCT  
10mg/160mg/25mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH

12 2021  
BPM91  
01 20

3438

Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

صين  
Espagne **RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
Tableau A (liste I) – Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة A - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP  
LOT  
MFD

6118001030903  
EXFORGE HCT  
10mg/160mg/25mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH

02 2022  
BRD15  
03 20

3438

ouni. Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

صين  
Espagne **RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
Tableau A (liste I) – Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة A - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP  
LOT  
MFD