

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

Nº P19- 058840

Optique 46007 Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 294 Société : RMM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : TIAAMI BALEMI

Autre :

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) : /S/

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 courant 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 au 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 EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes beaux 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 venir 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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 845289

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BAKSID THAMI

Matricule : 00294 Fonction : Rebali Poste :

Adresse :

Tél. : _____ Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BAKSID THAMI Age 09 01 1938

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 12/10/20

Nature de la maladie : HTA + ORN

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

A CASA, le 12/10/20

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Rue 2 N° 100 Casablanca - Maroc
Tél. 05 22 91 26 52
Fax 05 22 91 26 52
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 845289

Matricule N° : _____

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
12/01/20	cat ECG		150000 100000	Dr. Mahdi Ben Tunisie - CF 03 22 51 12 00 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 33000 Toulouse Casablanca Tel. : 05 22 89 06 63 000500246000026	18/10/2020	488,20 HT

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

LOT N° :

EXP :

PPV :

89,00

LOT N° :

EXP :

PPV :

89,00

43,00

43,00

TOPFORCE
Ginseng
Guarana

30 gélules
Voie orale
11,70 gr

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20

6 118000 011118

LOT : 20E014
PER. 02/2023

8 051128 631982

L 2618
P 09/23
99,50 DH

Lot:
A consommer de
préférence avan

DYNATENS Gouttes 30ml

PPC : 79,50 DH

Ut av : Lot:

Déc / 2022 190886

THERAPHARM

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 164 N° 25/25
EL Oulfa - Casablanca
Tel. : 05 22 89 09 63
I.E.E : 0005002#6000026



12/10/2020
Casablanca, le :

BAKIDID Thami

89,00x2

CELENO 25

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois



COSTAL 10

63,00x2¹ comprimé le soir, pendant 3 mois



PEROVASC 5

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois



MYCOSTER

1 application, matin et soir

45,90

79,50

DYNATENS

20 gouttes matin et soir

95,50

TOP FORCE

1 comprimé le matin

688,20



ID:
D-naiss:

2NS

I

II

III

aVR

aVL

aVF

12-Oct-2020 15:18:40 Fréq. Card.: 81 BPM
Axes P-R-T: 38 -9 52 Int PR: 205ms
Dur.QRS: 74ms QT/QTc: 337/375ms

12-Oct-2020 15:18:40

دكتور مهدي بن جلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
Généraliste
Rue 2, N°61-1
El Oued - El Oued
Tél. 05 22 11 162 - 05 22 11 161
IMPE: 11 - 11 - 10

SAKHD

THANI

V1

V2

V3

V4

V5

V6