

# 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.

## 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.

## que :

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.

## aire :

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.

## die 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7062*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *M.A.A.D*

*Erwan*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0670156862* 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  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 :

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *12/11/2020*

# 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 ou de présenter ses observations.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe 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  
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes d'aux 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 se présenter 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS

N° 324631

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MA AD D... Fonction : Retraitee

Matricule : 7062 Poste :

Adresse :

Tél. : 0670156869 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ..... 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 ..... , le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

N° 324631

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 Cœfficient	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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABORATOIRE DR. HARGUIZ Avenue Kennedy 80000 - AGADIR Tél: 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60 43000470	20/01/2014	P.13A+P	160,00

## 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

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

VISA ET CACHET DU BRUTICIEL ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60  
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470  
SITE:www.laboratoire-harguil.com



**FACTURE N° : 2000089**

AGADIR, le .... : 03/01/2020  
Nom et Prénom ... : Miriam MAAD  
Prescripteur .... : Dr. ZINEB SALAHDDINE  
Mutuelle/Assurance. :  
facturé à..... : ICE:

Bilan :

G B 30 + TGO B 50 + TGP B 50 +

Montant Net : 160,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
*Cent soixante Dh et zéro ct*

La direction:

مختبر الدكتور حركيل  
LABORATOIRE DR. HARGUIL  
Avenue Kennedy 80000 -AGADIR  
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60  
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470  
SITE:www.laboratoire-harguil.com



FACTURE N° : 2000089

AGADIR, le .... : 03/01/2020  
Nom et Prénom ... : Miriam MAAD  
Prescripteur .... : Dr. ZINEB SALAHDDINE  
Mutuelle/Assurance. :  
facturé à..... : ICE:

Bilan :

G B 30 + TGO B 50 + TGP B 50 +

Montant Net : 160,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
Cent soixante Dh et zéro ct

La direction:

Prise de faire

Mir MAAD MIRIAM

Le: 03/01/2020  
secretariat  
MAAD Miriam  
Benef. Miriam  
Né(e) 10/11/1951  
N° 063  
030120

مختبر الدكتور حكيم  
LABORATOIRE DR. HARGUIL  
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR  
Tél: 05 28 84 80 03. Fax: 05 28 84 15 60

Dr. Zineb SALAHDDINE  
Médecin Interniste  
CHU - Agadir

ORDONNANCE

Docteur ZINEB SALAHDDINE

CHU  
80000 AGADIR  
Dossier No 90301 063R NP 138751

Madame MAAD Miriam  
nr 47 imm30  
hay mohmmadi  
80000 AGADIR

Prélèvement du: 03/01/2020 à 09h32

Édité, le 03/01/20

### RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

#### BIOCHIMIE

Nature du prélèvement: SANG

GLYCEMIE à jeun.....	1,09	g/l (VR : 0.80 - 1.15)	24/01/12 : 1,06 (*)
(Abbott Architect CI4100 Héxokinase)	6,05	mmol/l	
TRANSAMINASES GOT (ASAT)	15	U/l (VR : 5 - 34)	28/04/11 : 16
(Abbott Architect CI4100 NADH sans P5'P)			
TRANSAMINASES GPT (ALAT)	12	U/l (VR : Inf à 55)	28/04/11 : 15
(Abbott Architect CI4100 NADH sans P5'P)			

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR-GHAZAL  
BIOLOGISTE MÉDICAL  
LABORATOIRE HARGUIL  
Av. Kennedy, AGADIR  
Tél: 0528 84 80 03 - Fax: 0528 84 15 60



(\*) analyse couverte par la portée d'accréditation.

Page 1 / 1

شارع كينيدي، تالبرجت ( أمام المسجد ) - أكادير 80 000 - الهاتف: 05 28 84 80 03 - الفاكس: 05 28 84 15 60

# ORDONNANCE

secretariat  
MAAD Miriam  
Benef/ Assurée  
MAAD Miriam  
Né(e) 10/11/1957 Sexe F  
030120 063

Le : 03/01/2020

Mir MAAD MIRIAM

Prière de faire

1) Glycémie à jeun

2) ASAT - ALAT

مختبر الدكتور حركيل  
LABORATOIRE DR. HARGUIL  
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR  
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60

Dr. Zineb SALEHDDINE  
Médecin Interne  
CHU - Agadir