

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

iologie 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.

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

N° P19- 0037939

Det

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6176**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DMARI ABDELMAJID**

Date de naissance : **01.01.1951**

Adresse : **HABITATION**

Tél. : **0668 593259**

Total des frais engagés : **1000,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Age:

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux 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 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



MUPRAS

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

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAir

FEUILLE DE SOINS

N° 831012

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : OMARI ABDELMAJID

Matricule : 4176 Fonction : RETRAITÉ Poste : ✓

Adresse : HABIB TAYEBEL

Tél. : 066 859 3259 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : OMARI ABDELMAJID Age : 01 01 13

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Sens. Dentaires

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

A casab, le 24-09-119

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Docteur SIKES Mohamed
Tél: 0522 21 7551 Fax: 0592 106700 CASA

VOLET ADHERENT

N° 831012

DECLARATION

Matricule N° : 4176

Nom du patient : Omari mense

Date de dépôt : 24-09-119

Montant engagé : 1000,00

Nombre de pièces jointes : 01



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Net et Signature du Praticien et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Net et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFICIENT DES TRAVAUX 31
			MONTANT DES SOINS 100000
			DEBUT D'EXECUTION []
			FIN D'EXECUTION 24/9/19
			DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
			COEFICIENT DES TRAVAUX []
			MONTANT DES SOINS []
			DATE DU DEVIS []
			DATE DE L'EXECUTION []
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
			Dr. Ksiksz Mohamed 72, Bd Zerkoulli N° 6192 - CASA Tél: 0522 27 75 82 GSM: 0662 10 06 21

Dr. KSIKES Mohamed

CHIRURGIE - DENTISTE

Diplômé de la faculté de Médecine de DAKAR



الدكتور كسيكس محمد

جراحة الأسنان

خريج كلية الطب بدمشق

72, Boulevard Zerkouni 2^{ème} étage, N°4

(Face Marché des Fleurs) - Casablanca

Téléphone : 0522 277 582

GSM : 0662 100 621

72، شارع الزرقطوني، الطابق الثاني رقم

(أمام سوق الزهور) - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 277 582

الهاتف : 0662 100 621

Casablanca, le ٢٦. ٩. ٢٠١٥ الدار البيضاء، في

M. S. Dr. Dr. KSIKES Mohamed avoir
effectué les soins fournis au
Patient du Dr. KSIKES Mohamed
prix de 1000 Dhs. DH

