

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

taire :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Deut

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0272* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *KARIM NASSIMA*

Date de naissance :

Adresse : *SALMIA 2 Rue 32 1M 26 N°2 Casa*

Tél. : *0666255805*

Total des frais engagés : *.....* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *06/09/2019*

Nom et prénom du malade : *KARIM NASSIMA* 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 :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSPY = 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



ACC-4 Adh

DATE DE DEPOT

MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2881
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co...

FEUILLE DE SOINS N° 406121

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Karim Mohammed*
 Matricule : *9072* Fonction : *chanteur* Poste :
 Adresse : *SALEMIA 2 Rue 32 17 all N° 2 Casab*
 Tél. : *0666255803* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *KARIM NASSIMA* Age
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : *06.09.19*
 Nature de la maladie : *Sinus et bronche obstru.*
 S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances
09 SFD 2019
 A : *08h00 le 06/09/2019* Durée d'utilisation 3 mois
ACC-4 Adh *26 SEP. 2019*
DR. DEBBANI Chouaih
Chirurgien-dentiste
65, El Moudawine 10000 Casab
Tel: 0522 08 23 98
ICE: 018 23 98 00002
Signature et cachet du médecin
[Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
.....
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du oratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	15	ctrl	25
	6	ctrl	25 10
	10	ctrl	25 10
	12	ctrl	26 10

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
		B

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

onnel, l'therapeutique, necessaire a la

人

Pr 80

178

06.09.1

1

17.39.1

Dr. DIBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste
15, Bd DAKHLA, 10000 Casablanca-Tunisie
Tél: 05 22 55 02 22
Fax: 05 22 55 02 22
CEE: 30 18 22 00000 22

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste



الدكتور در باني شعيب
طبيب جراحي للأسنان

Facture DENTISTE

ORDONNANCE

KARZIN NASSIMA

Cas le :

17.08.19

Sym stentis : - 15 en 16 - 47
- 16 47
- 11 - 47
- 12 47

Prise de stent - cas 25
Prix : 3300Dhs

Annexe de facture , la somme :
trois mille trois cent Dhs

IF: 119 3300 Dhs

ICE →

Dr. DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C-D
Casablanca - Tel: 05 22 55 08 21
ICE: 00 18 23 98 00000 22

65, Bd Dakhla, Jamila 3 CD - Casablanca
Tél : 05 22 55 08 21

شارع الداخلة - جميلة 3 - رقم 65 الدار البيضاء
05.22.55.08.21 / الهاتف

