

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie 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.

Optique :

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

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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.



Déclaration de Maladie

RJD
N° W19-514591
NSR
OCC

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8563

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RYAD BECHIR SARAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : RYAD

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfan

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-514591

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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)
 - Y = 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

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION 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
comportant un ou plusieurs échelonnements
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

En cas 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.

DATE DE DEPOT



MUPRAS

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 1610908

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Khribéche Yassine*
Matricule : *8563* Fonction : *CDP* Poste : *ADMIRAL*
Adresse : *Viller Solange Av. Dukla Paris*
Tél. : *0661371550* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom *M. Khribéche SARAH* du patient : Age *10 10 4 9*
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 *pt*, le *29/6/99* Durée d'utilisation 3 mois

EL BLIDI Mohamed
Chirurgien Dentiste
Signature d'acquittement du medecin
Av. Annabi Résidence El Jadida 10. Tel: 037 65 66 00

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : *1610908*
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



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

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACK WARDAD Bir Kacem - Souissi Tél : 05 37 65 99 77 PE : 102057205	29/06/19	AF 77.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Achete et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 soins.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. EL BLIDI Mohamed
VISA ET DOCTEUR EN PRATICIEN DENTISTE
Orthodontiste
Av. Arzalha Residence EL KASBA Imm A1
Apt 10 - Tél. : 037 65 68 59 - Rabat

LOT : M0486
EXP : AOU 2021
PPV : 45,50 DH

Le Chirurgie Dentaire S
hyodontie Adulte et Enf
Implantologie

أكلاف
الكافيلاتيك
اموكسيسلين +
LOT : 8073
UT AV : 10 - 20
PPV : 132 DH 00
غ / 125 مغ
كبس 16

RABAT le 29-6-19

Mme Khzibech SARAH

132,00

- Aclav 1g

1 sachet 2 x j pat 3 pris

45,50

Cataflam 50

1 cp 3 x j

PHARMACIE WARD
Avenue Bir Kacem - Souissi
Rabat - Tél : 05 37 65 99 77
INPE : 202057205

177,50

Av. Ahmed Reda Guedira (Ex Av. Ennahda)
Résidence El Kasbah Imm A1, Appart 10 - Rabat
05 37 65 68 59
06 61 20 96 46

Dr. EL BBDI Mohamed
Chirurgien-Dentiste
Orthodontiste
Av Annahda Résidence EL KASBA Imm A1
Ann. 10 - Tél. : 037 65 68 59 - Rabat