

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.

rmacie :

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.

cique :

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

éducation :

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

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 : N° P19- 0010468

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **04649** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Abdenasser** 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 : **Abdenasser** 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0010468

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 courante et de petite chirurgie
K	= Actes de chirurgie et de spécialités

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 actes échelonnés 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

ضمانة الفطوط الملكية المغربية mutuelle royal air maroc

CONTROLE MUTUELLE	ENREG N°.....
DATE	VISA

N^o 4649



FEUILLE DE MALADIE

MEDECINE GENERALE, SOINS SPECIAUX, HOSPITALISATION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

NOM ET PRENOM	Mle	DATE CONFIRMATION	AFFECTATION
RESSAM Abdessam	4649	1982.	AGADIR

Nom de jeune fille pour la femme mariée :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE PARENTE	PROFESSION
MOU'ADDE	17.01.1956		

Domicile : Bloc n°6 n°47 CITADEL AGADIR

S'agit-il d'un accident ? OUI NON Causé par un tiers ? OUI NON

Paiement sur bulletin de Paie Paiement hebdomadaire par la Caisse

METTRE UNE CROIX DANS LA CASE DE LA REPONSE EXACTE

Joindre à la feuille de maladie les ordonnances médicales tarifées par le Pharmacien (prix payé en regard de chaque produit et apposition du cachet commercial).

En marge des Ordonnances, transcrire très lisiblement le nom exact des spécialités.

Toutes les pièces constituant le dossier Malade doivent être jointes à la demande de Remboursement.
(Voir au verso de la feuille de maladie la notice explicative pour le praticien et l'adhérent)

AVIS IMPORTANT

Toutes fraudes ou fausses déclaration entraîneront l'exclusion de l'adhérent dans les formes prévues par le statut de la Mutuelle (Art.54-ch.IV)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus
SIGNATURE DE L'ADHERENT

Durée d'utilisation 3 Mois

Prière de présenter la carte professionnelle pour chaque remboursement

Cette feuille de maladie doit être complétée correctement. La désignation du malade est très importante. Aucun remboursement ne sera accordé lorsque les indications mentionnées sur cette feuille seront incorrectes ou imprécises.

Désignation du malade (NOM ET PRENOM)
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé)

Date de naissance :

IDENTIFICATION DU PRATICIEN OU DE L'ETABLISSEMENT

Dr. JAFARI Khalid

OPHTALMOLOGISTE

Diplôme de la Faculté de Médecine de Toulouse
Av. Hassan II - Imme. Assouil Appt. N° 1100 - 2^e Etage
AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50

PRESTATION DES ACTES

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Délivrance d'une ordonnance	Montant des honoraires	Signature du praticien attestant la prestation de l'acte & le paiement
08 MAI 2018	Dr. JAFARI Khalid OPHTALMOLOGISTE Faculté de Médecine de Toulouse Assouil Appt. N° 1100 - 2 ^e Etage AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50	600	250	Dr. JAFARI Khalid OPHTALMOLOGISTE Faculté de Médecine de Toulouse Assouil Appt. N° 1100 - 2 ^e Etage AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE ET A L'ELECTRO-RADIOLOGIE

Date des actes	Désignation des actes suivant la nomenclature générale des actes professi	Montant des honoraires perçus	Signature attestant la prestation de l'acte ou du prélevement

ACTES DE PRATIQUE MEDICALE COURANTE

Date des actes	Désignation des actes	Montant honorai.	Signature attestant la prestat. de l'acte	Cachet ou nom et adresse avec n° autorisation	Pour les piqûres nom des médicaments
07/05/2018	Dr. JAFARI Khalid OPHTALMOLOGISTE Faculté de Médecine de Toulouse Assouil Appt. N° 1100 - 2 ^e Etage AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50	200	Dr. JAFARI Khalid OPHTALMOLOGISTE Faculté de Médecine de Toulouse Assouil Appt. N° 1100 - 2 ^e Etage AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50		

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR

Date de l'ordonnance	Date de la facture	Cachet du pharmacien ou du fournisseur attestant le paiement	TOTAL

HOSPITALISATION

REFERENCES	Désignation des actes suivant nomenclature	Total
Entrée :	Sortie :	
	jours d...	
Honoraires chirurgicaux		
Anesthésie		
Pharmacie		
Actes médicaux courants		
Analyses		
Radiographie		
Divers		
	Total	
Service		
Taxes		
	Total	

D I V E R S

REFERENCES	DATES	CACHET OU NOM ET ADRESSE	MONT.HONORAIRES
Transport par ambulance			
Handicapé Physique			
Orthopédie			

Dr . Khalid JAFARI

Diplômé de La Faculté de Médecine
de TOULOUSE (France)

Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angio - Strabologie

الدكتور خالد الجعفري

خريج كلية الطب
بتولوز (فرنسا)

أمراض و جراحة العيون
طب الحول - اشعة الليزر

08 MAI 2019

Agadir ,le : أكادير, في:

ج ٢٠١٩ ٠٥٠٨

family avec une forte myopie

o) + 1,50

o) + 2,00

o) + 2,75 le pif

CHMIS VISION

~~OPTICIENNE OPTOMÉTRISTE~~

v. Hassan II, Imm. Hôtel KAMAL

Tél: 05 28 82 50 40

Dr. JAFARI Khalid
OPHTHALMOLOGISTE

جامعة Toulouse
ج ٢٠١٩ ٠٥٠٨٠٦٢٥٠
Agadir - Tél: 05 28 82 62 50

شارع الحسن الثاني - عمارة أسوليل - شقة 1100 - الطابق الثاني - أكادير - الهاتف : 05.28.82.62.50
Av .Hassan II - Imm.ASSOUILIL - App.N°1100 - 2ème Etage - Agadir -Tél : 05 28 82 62 50

CHEMS VISION

nom	ressam
prenom	abdennasser

DATE:	09/05/19
FACTURE N°:	92/18

due date	description	Qty	PRIce TTC
2 verres	1.6 ar	2	600.00
1 monture	plastique	1	400.00
TOTAL			1000.00

mille DHS

AV HASSAN 2 ,IMM HOTEL KAMAL, AGADIR TEL-FAX: 05 28 84 84 40 Email:
SHEMSVISION@HOTMAIL.COM

IF:6992330

RC:5165

ICE :001736747000056

CHEMS VISION
OPTICIENNE OPTOMÉTRISTE
Av. Hassan II, Imm. Hôtel KAMAL
TEL: 05 28 84 84 40

reglée en espèce