

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.

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6255 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAIB BAB SOUAD

Date de naissance :

Adresse :

9 rue ZARHOUNE ETG 4

Tél. :

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : _____ 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)
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/ou 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 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LES CURES THERMALES |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnements | - LA CIRCONCISION |
| - dans le temps. | - 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

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 1601996

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHABBATI Souad
Matricule : 6255 Fonction : Receptionniste Poste :

Adresse :
Tél. : 06 76805695 Signature Adhérent : Souad

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL HABIDI Salma Age :

lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : électrochirurgie de versus

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

.....
.....
.....

A le/...../..... Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

DR. QUALIET Monia
Dermatologue
1601996 1/12/2001
Télé : 052 27 03 44

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1601996 MUPRAS
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 Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3 Sept 2018	C3 + R10		1000 DRS	Dr. OUADIFI M. Dermatologue Tunisie 0922 20 91 17/27 17 98 ok

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<u>Montant de la Facture</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

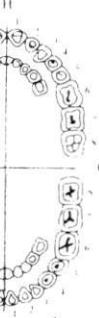
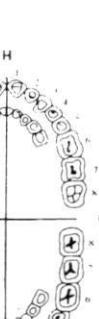
VOLET ADHERENT

* 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 00000000 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Spécialiste

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie

اختصاصية في
 • أمراض الجلد والشعر
 • الأمراض التناسلية
 • الطب التجميلي

الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

Casablanca le

03 SEPT 2019

Σ1 HASACHI SAWA

— Nettoyage visage au

acryplast dr laraki

143.65

— Cruplast femme régulier

BT SD +

x 2 fois / j

x 10 jours

sur rendez vous

1, rue Abou Adil Hallaf

(ex rue Edmond Rostand)

Quartier Gauthier - Casa

Tél. : (0522) 20.91.17/27.17.68/27.83.57

~~Dr. OUADFEL Mohja
Dermatologue-Vénérologue
1, Rue Abou Hadid Alatif
Tél: 0522 20 91 17/27 17 68
0522 27 83 57 - Casa~~

DOCTEUR OUADFEL MOHJA

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

SPECIALISTE

MALADIES DE LA PEAU ET DU CUIR CHEVELU

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

MEDECINES ESTHETIQUE -COSMETOLOGIE

Reçu/Note d'honoraires

DATE	NUMéro
03/09/2019	F/270/19

ELHABACHI SALMA

Date	Lieu	Acte	Montant
03/09/19	Cabinet	ELECTRO [C3+K10]	1.000,00
			Total 1.000,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

MILLE DIRHAMS

ELECTROCOAGULATION DE VERRUE

Dr. OUADFEL MOHJA
Dermatologue-Venerologue
1, Rue Abdou Hallaf - 20041 Casablanca
Tél: 032220041147 1768
Fax: 0322221038 87 Casablanca