

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3404		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AHMED
Nom & Prénom : QASSOUD		Date de naissance :	
Adresse : Kiad Andalousie Almeria Villa 3 California		Tél. : 06 61 19 16 39	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/10/2019			
Nom et prénom du malade : Chafik laïla Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : asthme ACAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 OCT 2019			
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 : **Casa**

Le : **09/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :



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)
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 kinesithérapeute
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 EFFECTUÉS 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'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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 45 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



MUPRAS

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

FEUILLE DE SOINS 1594001

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : QASSOUD AHMED

Matricule : 3404 Fonction : CDB Poste :

Adresse : Riad Andalousie Almeria Villa 3 California

Tél. : 0661191639 Signature Adhérent : CH

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : chafik Seila Age 10/8/11/59

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 09-10-2003

Nature de la maladie : asthénie RC

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

A Yasna le 09/10/2003 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 3404 1594001

Nom du patient : chafik Seila

Date de dépôt :

Montant engagé 200,00 DA

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
09/10/19	V2		Gratuit	Dr Kellermann 1012 Spécialiste de l'Orthodontie, et l'Endodontie à Beyrouth Tél : 05 22 99 47 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101, Bd El Qods Lot Mandaroun Rue 11, Mar Mikhael, Beyrouth Tél : 05 22 52 82 53	09/10/19	284,87

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de la prothèse.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="B				



**polyclinique *Atlas*
ANFA**

09/10/2013

Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

CHAFIC Laïla

110,00

DALIYI 75

89,95 1/2

② APOfer 75

1/2

84,95

③ Neovimag 75

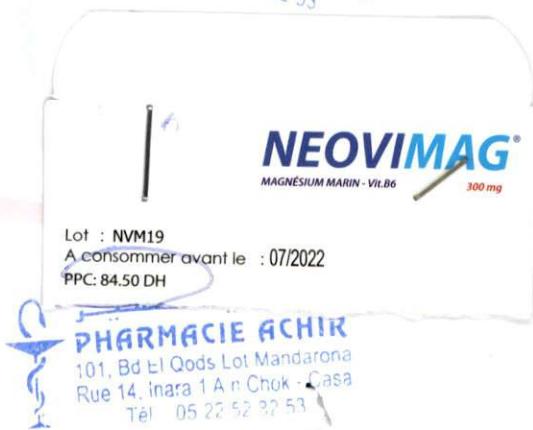
1 gel lsr

284,85

PHARMACIE ACHIR
101, Bd El Qods Lot Mandarona
Rue 14, Inara 1 Ain Chok - Casa
Tél.: 05 22 52 82 53



PHARMACIE ACHIR
101, Bd El Qods Lot Mandarona
Rue 14, Inara 1 Ain Chok - Casa
Tél.: 05 22 52 82 53



Dr Keltoum ALAZIZ
Spécialiste en Gastroentérologie
et Oncologie Digestive
Tél.: 05 22 98 47 30