

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-543675

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10789

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : RIDANI IDANE

Date de naissance : 01/05/78

Adresse :

Rue Ibn Hajar Ind apt 6 Res ALDOUSTANE
ACDAL RABAT

Tél. :

0661 084446

Total des frais engagés :

2800 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18 JUN. 2020

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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 couvrant 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 pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN SANATORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

actes 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

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



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1630152

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **RINANI Imane**
Matricule : **10725** Fonction : **C/L** Poste :
Adresse : **Rue Ibn Hajar Int apt 16 Résidence ALBOUSANE AGDAL RABAT**
Tél. : **0661084444** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **RINANI Imane** Age **01** / **05** / **78**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **amétropie**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A **TENARA** le **18** / **06** / **20**
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

MUPRAS
18 JUN. 2020
Ophtalmologiste

Bd. My Ali Cherif Imm 28, Apt. Messira 1
Ténara - Tél: 05 37 60 98 37

VOLET ADHERENT

DECLARATION 1630152
Matricule N° : **10725**
Nom du patient : **RINANI**
Date de dépôt : **18/06**
Montant engagé : **200000**
Nombre de pièces jointes :



RELEVÉ 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
18/06/20	C	1	Gratuit	Dr. HARMOUCH Ophtalmologiste Bd. M. Ali Cherif Imm 28. Appt 1, Massira 1 Casablanca - Tél: 05 37 60 98 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
SANTÉ VISION Melhaoui Maric Ophtalmologiste N° 17, Av. Mly Rachid Temam Tél: 0537 64 27 56 ICE: 00168795200006	18/06/20					1000 1000

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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Najat HARMOUCHI

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des Yeux

Strabologie - Ophtalmo - Diabétologie
Voies Lacrymales - Lentilles de Contact



Ex-Professeur - Assistant à la Faculté de Médecine de Rabat
Ex-Médecin Commandant Ophtalmologiste à l'Hôpital Militaire de Rabat
Ex-Spécialiste Attachée à l'Hôpital des Spécialités de Rabat
Ex-Médecin Spécialiste Attachée au Centre d'Ophtalmologie Quinz Vingt à Paris

الدكتورة نجاة هرموشي
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أمراض الحول - مرض سكري العيون
أمراض مجرى الدمع - تركيب العدسات
أستاذة مساعدة بكلية الطب و الصيدلة بالرباط سابقا
طبيبة اختصاصية ضابطة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط سابقا
طبيبة اختصاصية ملحقه بمستشفى الاختصاصات بالرباط سابقا
طبيبة اختصاصية بمستشفى طب العيون كاترغان باريس سابقا

تتمارة، في : 18 / 06 / 20

RIGHANI HANE

L 1

07 : -0.50 (-0.25 178°)

04 : -0.50 (-0.25 152°)

au

SANTEVISION
Melhaoui Maria Opticienne
N° 17, Av. My Ali Cherif Témara
Tél: 0537 64 21 56
ICE: 001687952000067

Dr. HARMOUCHI NAJAT
Ophtalmologiste
Bd. My Ali Cherif Imm 28, Apt 1, Massira 1
Témara - Tél: 05 37 60 98 37

شارع مولاي علي الشريف، عمارة 28 شقة 1 - حي الفردوس - مسيرة 1 - تتمارة
Bd. Moulay Ali Cherif, Imm 28 Apt. 1, Hay Ferdaous - Massira 1 - Témara

الهاتف: 05 37 60 98 37

Tél: 05 37 64 20 47

INPE 12800859

Facture

№ 0017623



Témara, le

18/06/2020

M

Témara, le
 pour Rinaud T. ou p.

NOMENCLATURE	DESIGNATION	P.U	MONTANT
0,50(-0,85) 1/2 chapeau oxygène		500	
0,50(-0,85) 1/2 Feiss Silber		500	1000
	Karton d'hygiène	1000	1000
			<u>2000</u>

Dont TVA **20 %** inclus

Arrêté à la somme de :

Don't FVA 20% incluis

Don't FVA 20% incluis

R.CN° **49580**, Identification Fiscal N° **91205125**, CNSS N° **2951136**, Patente N° **27926730**