

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-543675

MD-31753

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 10769	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : RIDANI INANE	
Date de naissance : 01/05/78	
Adresse : Rue Ibn Hajjar Ibn al-Qaylab Rue Al-Soustante	
Tél. : 0661 084446	
Total des frais engagés : 2000DH	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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'adjudicant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant 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 :

- = 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 le 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 EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes baux 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

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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

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 IRANÉ

Matricule : 10725 Fonction : C/L Poste :

Adresse : Rue Ibn Hajar Ibn al-Boushane

Tél. : 06610842241 Signature Adhérent IRANÉ

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RINANI IRANÉ Age 01 05 1978

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 TEWARA le 18/06/20

Durée d'utilisation 3 mois



Signature et cachet du médecin
ACCOUEIL MUSIQUE RAMA
Optophtalmologiste
Bd. My Ali Cheïf Imm 28, APP 1
Temara - Tél: 05 37 60 98 37

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 10725

Nom du patient : RINANI

Date de dépôt : 18/06

Montant engagé 2000 DT

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
10/06/2020	C	1	Corneal N	Dr. HARMOUCHE Ophthalmologist 3rd fl. Al Cherif Imm 28, Appt 1, Massira 1 Cairo - Egypt 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	
<i>SANDY VISION Opticienne Mehaoui Marie Opticienne N°17, Av. Miyazaki Tél: 0537 64 27 56 00168795200006</i>	18/06/10			<i>Yves Hoile</i>		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 s

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

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Najat HARMOUCHI

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des Yeux

Strabologie - Ophtalmologie - Diabétologie

Voies Lacrymales - Lentilles de Contact



الدكتورة نجاة هرموشى
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أمراض الحول - مرض سكري العيون

أمراض مجرى الدم - تركيب العدسات

أسنانة مساعدة بكلبة الطب والصيدلة بالرباط سابقا

طبيبة اختصاصية ضابطة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط سابقا

طبيبة اختصاصية ملحقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط سابقا

طبيبة اختصاصية بمستشفى طب العيون كانزفان بباريس سابقا

Ex-Professeur - Assistant à la Faculté de Médecine de Rabat

Ex-Médecin Commandant Ophthalmologiste à l'Hôpital Militaire de Rabat

Ex-Specialiste Attachée à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

Ex-Médecin Spécialiste Attachée au Centre d'Ophthalmologie Quinz Vigny à Paris

Témara, le : 18/06/20 تمارة، في :

RiNANI I HANE

L L

Oy : -0.50 (-0.25 - 178°)

Ou : -0.50 (-0.25 152°)

au 20

SANTE VISION
Mellahoui Marja Opticienne
N°12, Av. My Ali Cherif Témara
Tél: 0537 64 21 56
ICE: 00168795200067

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 - تمارة
Bd. Moulay Ali Cherif, Imm 28 Apt. 1, Hay Fardaous - Massira 1 - Témara

Tél : 05 37 60 98 37 الهاتف:

SANTÉ VISION

Opticienne Optométriste

Diplômée d'état

Adaptation de Lentilles de Contact

9, Av. Moulay Rachid - Témara - Centre

Tél : 05 37 64 20 47

M

Facture

Nº 0017623

17623
ture
17623
Mellahou / Maria Opticienne
N°17, AV. MLY Rachid Temara
Tel: 0537 64 27 56
001687952000067
Témara, le ...
V

VISION

Témara, le

181061808

NOMENCLATURE	DESIGNATION	P.U	MONTANT
Dr 0.50/- 0.25/-	Admiral organ of	500	500
Dr 0.50/- 0.25/-	Leiss Silver	500	1000
100/-	Admiral organ 1000	1000	1000

Dont TVA 20 % inclus

Arrêté à la somme de :

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