

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.

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.

Optique :

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10523**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HAFI D.I. ARDEKADIM**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0677 622394** 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 :

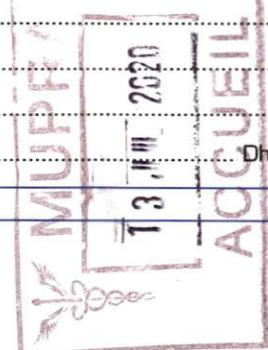
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

- = 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 chirurgie 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des actes répétés en plusieurs séances ou 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

Si un acte 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

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



MUPRAS

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

FEUILLE DE SOINS 859131

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL HAFID, Abdellahrim

Matricule : 10523 Fonction : ouvrier Poste : /

Adresse : H182 Lot Wafa DEROUABERRECHID

Tél. : 06 77 62 23 94 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DR HAFID, Abdellahrim

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : /

Nature de la maladie :

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

A BORROUHID El 103, 809 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. AGUEBACH Abdellah
Ophthalmologiste
88 Bd. My. Ismail Berrechid
Tel.: 0522 32 72 98

VOLET ADHERENT

DECLARATION

859131



Matricule N° : 10523
Nom du patient : EL HAFID, Abdellahrim
Date de dépôt : 21/13/19
Montant engagé : 200 + 800 DH.
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
21/03/11 9	cc	10000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"> BOURIZ OPTIQUE Bloc (K) N° 10 - Deroua Nouasser Tel : 022.53.24.25 </p>	23/03/19	80000 (d)

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Bouriz OPTIQUE

Bloc K, N° 10, DEROUA - Naousser

Tél : 0522 53 24 25

Patentes 55804310 / R.c 11938

ICE:001302120000022

Facture 00658

EL HAFIDI AbdelKARIM

Doit

N° de nomenclature correspondants à la prescription du Docteur	Vision de Loin O.D.	Vision de Prés O.D. <u>4.5</u> O.G. <u>4.5</u>	Double Foyer O.D.	Varilux O.D. O.G.
--	--------------------------------------	--	------------------------------------	-----------------------------------

Fournitures:

Monture : Plestig mm. 500

Verres : CR Gafni ap mm 300
BLANC

BOURIZ OPTIQUE
Bloc K, N° 10, Deroua
Nouasser
Tél: 0522 53 24 25

TOTAL : 800

La Présente facture arrêtée à la somme de :

1000 Cents 45

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie



الدكتور عبد الفتاح أقعداش

طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علام بالليزر

الحول، المدسات الاصقة

الجراحة بالمجهر

Berrechid, Le

Mar 3/79

برشيد، في

El Maghrib
Abdelkader

L. L. C. H.

avP

Dr + 3

DC + 3

BOURIZ OPTIQUE
Bloc (K) N° 10 - Deroua
Nouasser
Tél: 0522 32 72 58

Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophthalmologiste
88, Bd. M. I. Smail - Berrechid
Tél.: 0522 32 72 58

88. شارع مولاي اسماعيل - شقة رقم 6 (طريق حد السوالم) برشيد - الهاتف : 05 22 32 72 58

88, Bd. Moulay Ismail Appt N° 6 (route had soualem) Berrechid - Tél. : 05 22 32 72 58