

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-549709

ND: 32537

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9754

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAÏEB

SAÏD

Date de naissance :

1971/01/01

Adresse :

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 :

- = 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 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.

Sur 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 au présentant 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 PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obeaux 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.



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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 827543

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TAMER SAID

Matricule : 9754 Fonction : 10 Sov Poste :

Adresse :

Tél. : 06 77 16 44 95 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TAMER Said Age : 30

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 : 06, le 20 / 06 / 1991
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. ARAFA Sakima
Médecin Général Echographie
Bd. Oued Sbaou, Rue 174 N°65
Tél/Fax: 05 22 91 12 77
INP: 091 01 19 73 / CIE: 00210341500004

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION N° 827543

Matricule N° : 200 + 292-111

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
30/06/2022			# 200,00	Dr. ARAFA Sakina Médecine Générale Echographie Bd. Oued Sbeït Rue 174 N°65 Tél: 05 22 91 12 77 Fax: 05 22 91 19 73 / ICE: 00210341500034

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. ARAFA SAKINA PHARMACIE ANNABA	30/06/2022	29240

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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 des soins.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G	
	D 00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires 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

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلويف. سكينة

الطب العام -

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Médecine de Travail

دبلوم الفحص بالصدى

طب الشغل

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr. Tamer Said

16.60

1) Dipustee in

86.40

X 2) Dolcior 3

2270

Cockslip Ch

PPV 220H20
PER 03/22
LOT 4738

PVC : 74 40 DH

LOT:01230323
EXP:03/2023

سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۰۶۱۳۱۰۹۸۳ - تلفن: ۷۷ - ۰۵۲۲۹۱۱۲ - فکس: ۶۵ - هر آلفه دار، بیضاء - المحمول: ۰۵۰۵ - ۰۹۰۹ - ۰۹۰۹

Bd. Oued Sebou, Rue 174 N° 65 Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

INP : 091 01 19 73 / ICE : 002103415000034

1280

LOT 191339
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

2

PHARMACIE HIND MEHNAZ
Docteur en Pharmacie
Ass't: 05 22 93 28 14
Ass't: 05 22 93 28 14
Ministère de la Santé
Bx: 05 22 93 28 14
Tél: 05 22 93 28 14
IN: 05 22 93 28 14
Fax: 05 22 93 28 14
E-mail: hind.mehnaz@wanadoo.fr