

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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 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

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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9772 Société : UOUI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALAoui

Houzha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661088844

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

MUPRAS Age : 17 SEP. 2020

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

OUR 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 courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- | | |
|-------|--|
| SF | = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiques par la sage femme |
| AMM | = Actes pratiques 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 |

OUR 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
REVENTORIUM
EJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
lobaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés
ans 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 Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 0291238

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ALAOUI Nouzha

Matricule : 9772 Fonction : Poste :

Adresse : AV des Saïsses Beni Chra

Tél. : 0661088844 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ALAOUI Nouzha Age 18/09/67

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 8-9-2020

Nature de la maladie : eczéma

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

A : R/V, le 08/09/20 Durée d'utilisation 3 mois

Signature encachet du médecin
Dr. N. ALAOUI BELAKHDAR
Ex. Professeur d'Orthopédie
13 Bis Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat
Tel: 05 37 77 17 18 / 05 37 32 32

VOLET ADHERENT

N° 0291238



DECLARATION
Matricule N° :
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 médecin attestant le paiement des actes
8/3/2020	C3		300,-	N. LANDOUlsi, professeur d'orthopédie, Avenue Ibn Sina 05 37 77 17 18 / 053

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
CENTRE VISION ALGER 39 Avenue Ibn Sina Alg 1600 Clinique Agdal-Zaghouan Tel: 0537 77 66 23 Fax: 0537 77 74 33	09.09.2005	0236	1000,00

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 des s

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

SOINS DENTAIRES		Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANT DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		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'EX

Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDAR

Professeur d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie numérisée - Laser
Chirurgie réfractive



الدكتورة نعمه المدور بلنضر

أستاذة في طب وجراحة العيون
التصوير المركوم للأوعية - أشعة الليزر
تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le

8. 9. 2020

N^e Alaaoui Nourhe

D.C.T papill.

CENTRE VISION LASER
39 Avenue Ibn Sina - Rabat
Clinique Aoudal - Tél : 00377 77 50 00
Fax : 00377 77 43 30

Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR
Ex. Professeur d'Ophtalmologie

13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

CENTRE VISION LASER

CLINIQUE AGDAL

F A C T U R EN° **1 682 / 2020 du 09/09/2020**

Nom patient	ALAOUI LALLA NOUZHA	Entrée 09/09/2020	Sortie 09/09/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
OCT	1,00	O	1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS	Total général	1 000,00
--	----------------------	-----------------

		Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements		1 000,00			1 000,00	0,00

Ref Chq : SG 6052686/

CENTRE VISION LASER
 39, Avenue Ibn Sina - Rabat
 Clinique Agdal-Talha 053777433
 Tel : 053777433 Fax : 053777433

