

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

tique :

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.

ntaire :

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 : 3178

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H. AMIDI : Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.71.64.02.05 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

DATE DE DEPOT

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSPY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre			AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro-Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

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

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LES CURES THERMALES |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LA CIRCONCISION |
| - dans le temps. | - 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° 0399954

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom: *Hajri Di Ahmed*
Matricule: *3578* Fonction: *Rechtsite* Poste:
Adresse: *132, rue de l'Estrel Djazir Casa*
Télé: *05 22 93 02 58* Signature Adhérent: *06 71 69 02 05*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: *Hajri Di Ahmed* Age:
Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin: *1/1/2020*
Nature de la maladie: *Gonorrhée*
S'il s'agit d'un accident: Causes et circonstances:
Dr HAJRI Di Ahmed, Chirurgie Traumatologique et Orthopédique, 27, Rue Jalal Eddine et Sidi Ali, Casablanca, Tél/Fax: 0522 93 02 58, GSM: 066 152 00 20, poste 1061 50 54 11
A: *Casa*, le: *01/01/2020* Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

N° 399954

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
27/07/2020	S		1300+	Dr HARFAOUI Abdennacer Professeur Chirurgien Traumatologique-Orthopédique Jalil Lamine Assayouri Place des Iris Casablanca 0522 94 33 45 - 0661 50 54 12

taillé aires	Cachet et signature du méde attestant le paiement des ac
.0.	<p>Dr HAFSAoui Abdennacer Professeur Chirurgie Traumatologique-Orthopédique Dr. Hafsaoui Abdennacer Clinique Assayouti Place des Iras Casa Tel: 0522 94 33 45 GSM: 0661 50 54 12</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
N. DADOUN Abou Ishak Al Maroufi N.C.A - Tel : 0522 25 05 11	21/07/20	364,30

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

21

Date

107/90

364,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des cœfficients

Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé 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 PROTHÉSES 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام والمفاصل

Casablanca, 27/07/2020 الدار البيضاء في

Hamidi Drissia



144.30) Ifox 200 lib du 21/07/2020



7/22/21'

Cedol

S.V.



198,00

24/31

S.P.

S.V.

364,30

1/21

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique-Orthopédique
27, rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 50 54 12

