

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

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

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.

Nº P19- 064370

Optique *45706* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *256402*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZINELKHEIR HALIMA

Date de naissance :

23-6-1968

Adresse :

373 LOT WIDAD SIDI BENNOURL

Tél. :

06-70 94 07 08

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

6 L KATIB Hibatallah

Age :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/10/2021

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)
- SY** = 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.

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
ctes répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs échelons
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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 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



M U P R A S

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 MU 036529

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **EL KATS B Hibatullah** | | | | | | | | | | | |

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : **30/08/2002**

Nature de la maladie : **Vice de la partie**

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

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

DR DEPARTAMENTO DE POLICIA
DR DEPARTAMENTO DE POLICIA
DR DEPARTAMENTO DE POLICIA

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 036529

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
31/08/2020	CS	K10	200 DA	

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

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 détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
AFIAOPTIC Mohammed El Sadek Opticien 233 G. N° 625 Sidi Bennour Tel: 05 23 34 90 03	22/09/20					1000,00 DH

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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Nom et Prenom : 31 août 2020

31 août 2020

Date de naissance :

Vision de Loin :

Mlle ELKATIB Hibatallah

OD : Montage pour enfant : younger connecting

OG : Organiques Antireflets

Vision de prés : OD = + 0.75 (- 0.75 à 175°)

OD : OS : +0.75 (-0.75 à 10°)

OG :

Observation :

شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عماره (س) الطابق الأول - شقة رقم 3 (بجانب مقهى Palmier) - الجديدة

الهاتف : 0613.45.54.64 - 0523.37.14.54

NEVA.
optic

Essabbane Mohamed
Opticien Optométriste
Diplômé

بصريات ذيفقا اصبان محمد نظاراتي - مصري مجاز

FACTURE N° : 0001967

Sidi Bennour Le : 22/09/2020

Nom & Prénom : EL KATIB HIBATALLAH

Type de Verre : Dynamiques Antireflets

Arrêter la présente facture à la somme de : Mille Dix-hams

Paiement Espèces

~~Signature et Cachet~~

بصريات نشاط NEVA Optic ١٢٢
Mohammed ESSABBANE
Opticien Optométriste
Avenue N° 6235
312, 1000 Casablanca - Sidi Bennour
Tél: 05 23 34 90 03