

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

Souscriptions 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1543**

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Oussous Brahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0574636278**

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 : **Oussous Brahim**

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 : **14 DEC. 2020** Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-03871

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Déclaration de Maladie

N° M20- 0003871

ND: 51285

Optique

Autres

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 REVENTORIUM
EJOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes libaux comportant un ou plusieurs échelonnements 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

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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

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 910848

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : OUSSOUISS Brahim
Matricule : 1543 Fonction : Retraite Poste :
Adresse : Hay Al Haoua N° 1 Bd El Fida
Tél : 06 74 63 62 78 Signature Adhérent : 23.11.2008

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Non & Prénom du patient : OUSSOUISS Brahim Age
Lieu de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Tremblement

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

A , le 26 Nov 2008 / / Durée d'utilisation 3 mois

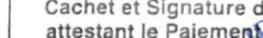
Signature et cachet du médecin



Scans

Ma	
No	
Da	
Mc	
No	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26 Nov 2020 C2		3000 Dhs	 Dr. A.E. EL JAZAIERY Resident de Les Fleurs 51, Bd. Zouhour - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE CASABLANCA 160, Bd El Mabatta - Casablanca Tél 05 22 80 09 70	26.11.2020	1408,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Achete et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

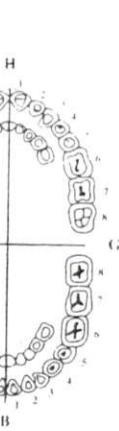
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
D		
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																							
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">H</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">35533411</td> <td style="border-top: none;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H			25533412	21433552		D	G		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div>
H																								
25533412	21433552																							
D	G																							
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
<p style="font-size: small;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		MONTANT DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div>	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div>																					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div>																						

'ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tel. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي
ابن رشد بالبليضاء

«إقامة الزهور»

. شارع الزرقطوني - الدارالبيضاء 59

05 22 20 19 63 }
05 22 27 91 37 }

Casablanca, le : 26 NOV. 2020

148,5

294,5 x 3

126,5 x 3

1408,5

0,26

0,52

a Pentos

15

15

15

S.V

S.V

S.V

PHARMACIE DE CASABLANCA
160, BD EL MASHATRA - Casablanca
Tél 05 22 80 09 70

Dr. A.F. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59, Bd. Zerkouni - Casablanca

الطبية للدواء
160, Bd El Mashaatra - Casablanca
Tél 05 22 80 09 70

الطبية للدواء
160, Bd El Mashaatra - Casablanca
Tél 05 22 80 09 70

