

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

Informations 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.

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 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
N° M20- 0002068

☐ Maladie ☒ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03212 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GHAYA OLIRIAGHLI Jamal-eddine
Date de naissance : 19/08/1954
Adresse : RES. MAURINA Rue Jamal-eddine AFGHAN TANGER
Tél : 0622764300 Total des frais engagés : 160000 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)
- 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 couvrant 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
PREVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
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 révenir 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 : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 448159

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : GHAYAYA OURIAGHLI JAMAL EDDINE
Matricule : 03212 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : L. MOURIHA LUI JAMAL EDDINE ABKAK
Tél. : 06 22 76 43 00 Signature Adhérent : W. A. G. O. O. M. R. A.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Ghayaya Ouriaghlil Jamal Eddine Age : 19 | 08 | 54
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 22 DEC. 2020
Nature de la maladie : Anetops
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A Tanger, le 22 DEC. 2020
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin : Docteur Aziz Raihani
17, Rue Mansour Dahabi - Tanger
Tél : 0539.34.03.34

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 448159
Matricule N° : 3212
Nom du patient : GHAYAYA OURIAGHLI
Date de dépôt : 29/12/2020
Montant engagé : 1600.00
Nombre de pièces jointes : 02



RELEVÉ 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
22 DEC. 2020	CS	1	#250#	Docteur Aziz Rahani Ophtalmologue 17, Rue Mansour Dahabi - Tanger Tel: 0539 34 03 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ADAM OPTIC Opticien - Optométriste N°8674 06 44 56 56 66 - Tanger Tel: 05 39 37 56 66	22/12/2020	1 Monture optique				800 DH
		2 Verres V.L. org. AR.				400 DH
		2 Verres V.L. org. AR.				400 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 car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H			25533412	21433552		D	00000000	00000000 G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																			
	25533412	21433552																		
	D	00000000	00000000 G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz RAIHANI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et chirurgies des yeux
Cataracte par Phacoemulsification
Paupière et voies lacrymales
Angiographie OCT lasers
Diplômé de la Faculté de Brest (France)



الدكتور عزيز الريحاني

اختصاصي في جراحة وأمراض العيون
جراحة الجلالة بالذنبية
جراحة الجفون ومجرى الدمع
تصوير الشبكية
أشعة الليزر
خريج كلية الطب بريسط (فرنسا)

22 DEC. 2020

Ghayaya ourioghli
Jamal Edd

msl
OD (-0.50) 45
OG: (-0.25) 170
dpt asab + 300
autoflet

ADAM OPTIC
Opticien - Optométriste N°8674
Ahmed TLIGUI
106, Rue du Mexique
Tél.: 05 39 37 56 66 - Tanger

Docteur Aziz Raihani
Ophtalmologue
17, Rue Mansour Dahabi - Tanger
Tél.: 0539 34 03 34

Tél.: **0539 34 03 34**
Urgence : **0661 16 90 10**
17, Av. Mansour Dahabi, 1^{er} étage
(Face Clinique du Croissant Rouge)
Tanger

0539 34 03 34 : الهاتف : شارع المنصور الذهبي، رقم 17، الطابق الأول
0661 16 90 10 : المستعجلات : (أمام مصحة الهلال الأحمر)
طلحة

ADAM OPTIC

Opticien optométriste


106 Avenue du Mexique. tél : 05 39 37 56 66-Tanger

Facture N° 250/2020

Tanger le : 22/12/2020

M. GHAYYA OURIAGHI JAMAL EDINE.

Quantité	Désignation	Prix
1	Monture : <i>optique</i>	800 DA.
2	Verres V.L. : <i>organiques anti-reflets</i> <i>OD : (-0,50 / 5)</i> <i>OG : (-0,25 / 70)</i>	400 DA
2	Addition : <i>Verres V.L. organiques anti-reflets</i> <i>OD : +3,50 (-2,50 / 5)</i> <i>OG : +3,00 (-0,25 / 70)</i>	400 DA
Total		1600 DA.

Montant en lettres	Cachet & Signature
Arrêtée la présente facture à la somme de : <i>Mille six</i> <i>Cents dix-huit</i>	
<i>DROIT DE TIMBRES 0,25 %</i>	

R.C.38066-Patente : 501 208 17 - T.V.A : 959018

INP : 165003245
IP : 80972482
ICE : 0005064800000003
CNSS : 6942587