

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

Conditions 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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 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

Nº M20- 0005090

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

03212

Société : 53933

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHYAYA DURIAGHLI JAMAL EDDINE

Date de naissance :

19/08/1954

Adresse :

Rue MOUROUHA Rue JAMAL EDDINE AFGHAN

Tanger

Tél. :

06 22 7643 00

Total des frais engagés : 280 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 :

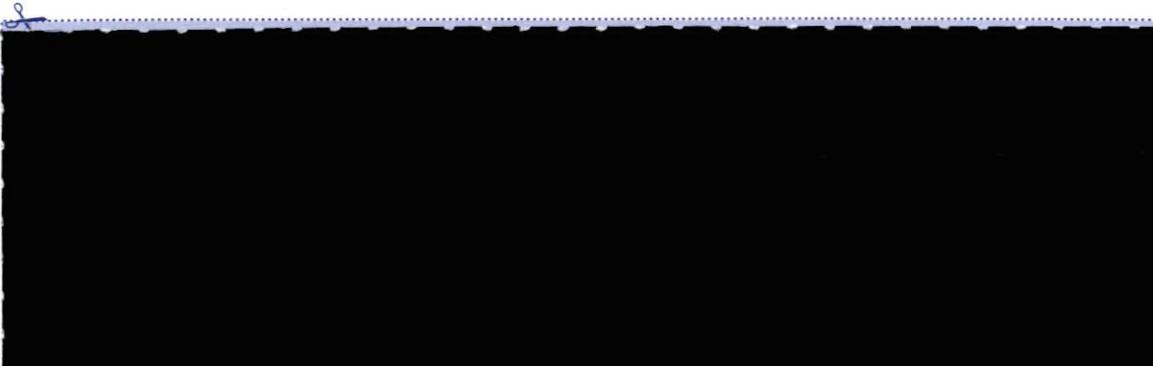
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 courant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relèvent 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 EFFECTUÉS 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 revenir 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

DATE DE DEPOT



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° 448160

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom: *Ghayya Alia Ghali Sabri*
Matricole: *03212* Fonction: *RETAITE* Poste:
Adresse: *MOULAY HAFID TANGER*
Tél.: *0621764300* Signature Adhérent: *Wf nt engagé 280000*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: *Ghayya Alia Ghali Sabri* Age: 010

Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin: *22 DEC. 2020*

Nature de la maladie: *Anévrisme*

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

A: *Tanger*, le *22 DEC. 2020*

Durée d'utilisation 3 mois

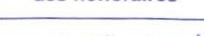
Docteur *Aziz Raïhani*
Signature et certificat de médecin
17, Rue Mansour Dahabi - Tanger
Tel: 0529.34.03.34

VOLET ADHERENT

DECLARATION Matricule N°: *3212* N° 448160
Nom du patient: *Ghayya*
Date de dépôt: *29/12/2020*
Montant engagé *2800.00*
Nombre de pièces jointes: *0.21*



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
22 DEC 2020	CS.			 Docteur Aziz Raïhani Ophtalmologue 17, Rue Mansour Dahabi - Tanger Tél : 0529.34.03.34

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	
ADA M Opticien - Optométriste 105 Bd Aït Youssef - 1066 - Tanger Tél : 0525 33 66 74 	29/04/2020	1	Monture optique			1200 DH
		2	Serv. org.	1.6 PAR		1600 DH
			ACB.			

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHÈSES 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 cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows two dental arches (maxilla and mandible) with teeth numbered 1 through 8. The maxilla arch is at the top, and the mandible arch is at the bottom. A dental chart is also present on the right side.

	H	G
25533412	21433552	
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISCA ET CAGNETI DAL BRUTTI GIORNI ALLA FESTA DELL'AMORE

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 الريhani

اختصاصي في جراحة وأمراض العيون
جراحة الحالة بالذبحة
جراحة الخفون و مجرى الدم
تصوير الشبكية
أشعة الليزر
خريج كلية الطب ببريسط (فرنسا)

Ghayaya Ourya yahli Sabra -
Ven 11 - 3,25

OG : - 4,00

Autoreflet

ADAM OPTIC
Opticien - Optométriste N°8674
Ahmed Tligui
106, Rue du Mexique
Tél.: 05 39 37 55 66 - Tanger

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

22 DEC. 2020

Tél.: 0539 34 03 34 الهاتف: 0539 34 03 34
Urgence : 0661 16 90 10 المستعجلات: 0661 16 90 10
شارع المنصور النهبي، رقم 17، الطابق الأول طنجة
(آدام مصحة الهلال الأحمر)

ADAM OPTIC

Opticien optométriste

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

Facture N° 251 / 2020

Tanger le : 22/12/2020

M^r GHAYA OURIAGHLI SABRINE.

Quantité	Désignation	Prix
1	Monture : optique	1200 D.H.
2	Verres V.L : ergonomiques, 1,6 ant. reflectants lunettes plein 09 : -3,28	1600 D.H.
	06 : -4,00	
	Addition :	
	Total	2800 D.H.

Montant en lettres	Cachet & Signature
Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille huit cents dirhams.	 ADAM OPTIC Opticien Optométriste N°867A Ahmed TLILI 106, Rue du Mexique Tél : 05 39 37 56 66 - Tanger
DROIT DE TIMBRES 0,217.	

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

INP : 165003245
IF: 80972482
ICE: 000500480000003
CNSS: 6942587