

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

Données 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 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

- 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.

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- 0000216

55908

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6640 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOURY BOUCHAÏB

Date de naissance : 25/01/1960

Adresse : Rue 39, N° 45/47, LAYMOUHI, CASA

Tél. : 0540312716 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(e) ☐ 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 : CASA Le : 19/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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)
- = 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.

Le 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

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obus comportant un ou plusieurs échelonnées

ans 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.



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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1583579

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAÏB
Matricule : 6640 Fonction : CDB Poste : Retraité
Adresse : Rue 39, N°45/47, LAYMOUN Z. CASA.
Tél. : 0640312716 Signature Adhérent : Boujaïb

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TOURBY RIM Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : 10/11/2020
Nature de la maladie : DEPRESSION
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CASA le 10 / 11 / 2020
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Adil KHOUBILA
Professeur Agrégé
Psychiatre - Psychothérapeute

VOLET ADHERENT

DECLARATION

1583579

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/11/2015		11 Px	500 dhs	 Dr. Adil KHOUBILA Professeur Agrégé Psychiatre - Psychothérapeute

RELEVÉ DÉTAILLÉ		
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient
10/11/2015		118

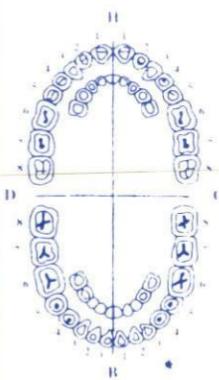
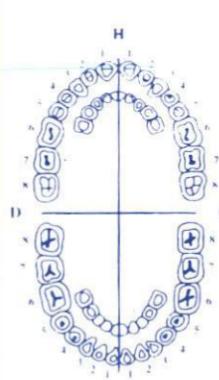
Dr. Adil KHOUBILA
Professeur Agrégé
Psychiatre - Psychothérapeute

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible][illegible]

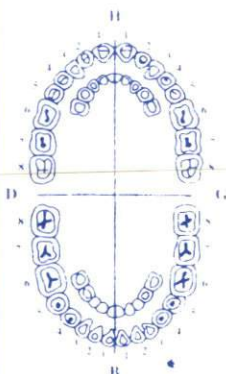
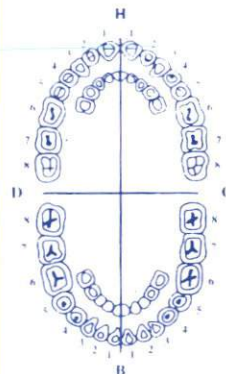
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																						
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car il est ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>																		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montant des Soins <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>																		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Début d'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>																		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fin d'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D 00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: left;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D 00000000		G 00000000	35533411		11433553		B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>
		H																				
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	D 00000000		G 00000000																			
	35533411		11433553																			
		B																				
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montant des Soins <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date du devis <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>																		
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date de l'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>																			

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

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																														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																													
					MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table><tr><th colspan="2">H</th><th></th><th colspan="2">G</th></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td></td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td></td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td><td colspan="2"></td></tr></table>			H			G		25533412			21433552		00000000			00000000		00000000			00000000		35533411			11433553		B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																														
	25533412			21433552																														
	00000000			00000000																														
	00000000			00000000																														
	35533411			11433553																														
	B																																	
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																														
	(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE