

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

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement renseigné.

Le cadre réservé au praticien doit être signé 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, prosthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués à l'ambulance.

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 vignette, la facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie et Biologie :

La facture ainsi qu'un exemplaire des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance à l'occasion de la demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses dentaires et/ou traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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.

adie et Affection Longue Durée AND et ALC :

La déclaration de maladie doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : corontact@mupras.com

Prise en charge : ppeec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi 1099/08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-701313

10939

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8324

Société :

RIM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

RENWAN BEN HAKIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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 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)
- = 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
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'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

25.03.22

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

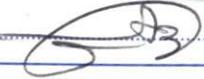
FEUILLE DE SOINS 1588077

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENNANI AZZEDDINE

Matricule : 8324 Fonction : C.D.B Poste :

Adresse : 11. ARDEN DE BOUSSOUA cas 11

Tél. : 06.61.51.68.63 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENNANI AZZEDDINE Age 69 01 64

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 12.4 MARS 2022

Nature de la maladie : Anamnèse post Covid 19

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

A laur le 24/03/22 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

PHARMACIE MAD'E-FARM

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Angie Av. 2 Mars R. 15 Fied Al N

~~Casablancas Tel 05-22-26
Patent 34565515~~

Data

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		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

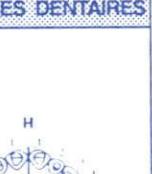
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PRATHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

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

Q.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																						
<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> B </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>		D	H	G	00000000	25533412	21433552	00000000	35533411	11433553	B			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
D	H	G																					
00000000	25533412	21433552																					
00000000	35533411	11433553																					
B																							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							

Dr Benhakroun Youssef
Professeur d'O.R.L
et chirurgie cervico - facial
Spécialiste : Nez - Gorge - Oreille

الدكتور يوسف بنشرور
أستاذ بكلية الطب
إخلاصي في أمراض
الأنف، الأنف و المخجرة

Casablanca, le :

124 MARS 2022

M² Bennani Bzeddine



131.70

Nasone
nasale 120

78

PHARMACIE RIAD EL ALI
ROUTE TAZI
Angia Av 2 Miles R 14 Riad Al Al
Casablanca Tel 05 22 28 14 01
Patente 34560010

DR BENHAKROUN YOUSSEF
PROFESSEUR D'ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
NEZ-GORGE-OREILLE
I.N.D.U. 1131749
I.N.D.U. 1131749