

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.

Radiologie 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1182 Société : 118580

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moussa

MAUIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

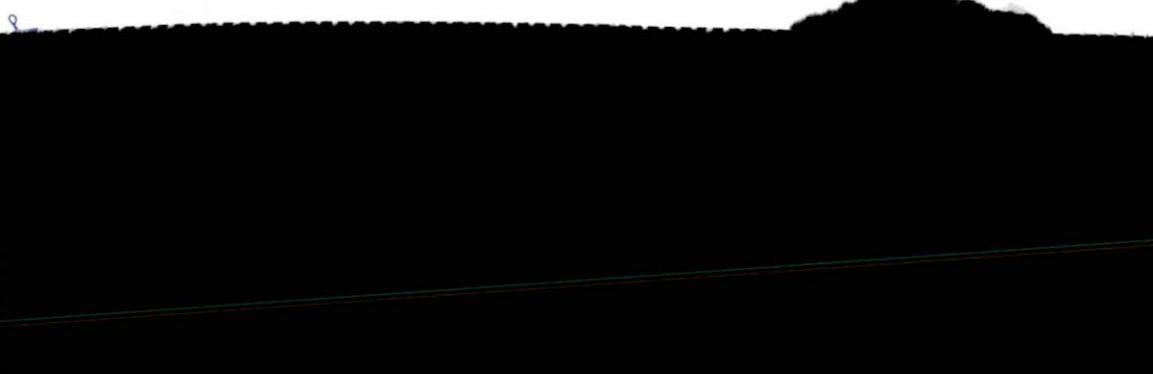
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
K	= Actes de chirurgie et de spécialités

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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'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 actes échelonnés 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 prévenir 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 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° 0146527

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MOUSSA MALIKA
Matricule : 000.1172 Fonction : VEUVE Poste :
Adresse : HABITACLE
Tél. : 0661886591 Signature Adhérent : CS

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOUSSA MALIKA Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 11/08/88

Nature de la maladie : Appendicite

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

A , le /

Durée d'utilisation 3 mois

Signature de l'adhérent : MOUSSA SAKINA
Signature de l'assureur : Echographie 14 N°55
Medecin : Dr. SAKINA Date : 14/08/88
Bd. Oued Sousse 65 2ème étage
Tél/Fax : 03 73 73 12 12
Signature de l'assureur : Dr. SAKINA Date : 14/08/88
Bd. Oued Sousse 65 2ème étage
Tél/Fax : 03 73 73 12 12

VOLET ADHERENT

DECLARATION	N° 0146527	MUPRAS
Matricule N° : 000.1172	Nom du patient : MOUSSA	Logo of MUPRAS
Date de dépôt : 09/08/88	Montant engagé : 589,40	
Nombre de pièces jointes :		

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
18/05 2022		$C_1 = 200,0000$		 Dr. A. DAKIN Généraliste Saber, Rue 1747/65 Tél: 0522 91 12 77 Fax: 0522 021834/5000034

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	
H					COEFFICIENT DES TRAVAUX
1	1				
2	2				
3	3				
4	4				
5	5				
6	6				
7	7				
8	8				
D					MONTANT DES SOINS
8	8				
7	7				
6	6				
5	5				
B					DEBUT D'EXECUTION
4	4				
3	3				
2	2				
1	1				
2	2				FIN D'EXECUTION
3	3				
4	4				
5	5				
G					

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H		H			COEFFICIENT DES TRAVAUX
1	1	25533412	21433552		
2	2	00000000	00000000	G	
3	3	00000000	00000000		
4	4	35533411	11433553		
5	5			B	
6	6				
7	7				
8	8				
D					MONTANT DES SOINS
8	8				
7	7				
6	6				
B					DATE DU DEVIS
5	5				
4	4				
3	3				
2	2				
1	1				
2	2				
3	3				
G					

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale
Diplomée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
ـ من جامعة الحسن الثاني
ـ طب الشغل

Casablanca, le

18/05/2022

الدار البيضاء، في :

Youssra Yaliha

ADN 18/5/2022

1) Briouquate de Sebk

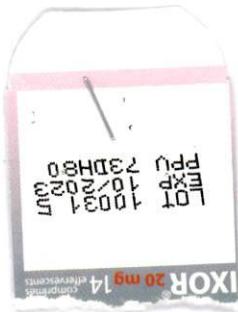
Mac / Vers d'eau pour
bain bouche

2) Oenose - Steatite

16/3/20
3) Au fond

18/12/2021 → au fond

DR ARAFA SAKINA
Médecine Générale Echographie
Bd. Oued Sebou - Rue 174 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77
Fax : 05 22 91 12 77
INP : 091 01 11 93 / ICE : 0010345000043



P.P.V : 96 DH 90
R.S. 203 QM UMAZLA Regon Rida
Pharmaceutical Institute

ARMACIE CINEMA ANFA
Naoual BENTAYEB
Bis Bd. El Abderrahmane
El Hana - Casablanca
Tél. 05 22 36 87 62

PER: 08/23
LOT: 648308
PPU: 168,20 INR

~~09401197814CE 0021031418800034
TETRAFAX 02 94 14277
BHD COMMUNICATIONS
N 95~~

~~For the moment I have~~