

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1973 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Amnaoui Mohammed et Soltan

Date de naissance : 23/07/1949

Adresse : Boulevard Abdelhadi Bourita 6 Lot Nassim

Rue 5 N° 12 ANF SUP CASA

Tél. : 06 09 06 04 06 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/04/22

Nom et prénom du malade : Med Soltan Amnaoui Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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 : OMRA - Le : 21/04/22

Signature de l'adhérent(e) : M.Soltan Amnaoui

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)
CNPSPY = 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 couvrant et de petite chirurgie
K = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'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 échelonnements
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 où 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 / 2803
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

367772

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Hamzaoui Mohammed Soltani*
Matricule : *1973* Fonction : *Retraité* Poste :
Adresse : *Nissiyya Rue 5 N° 12 CASA*
Tél. : Signature Adhérent : *MISSED MOUSSA*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Hamzaoui* Age : *55*
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A le / / Durée d'utilisation 3 mois
21 AVR 2022 Dr. BENNOUNA Mohamet
Signature et cachet du médecin
Ophthalmo/Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie
47, AV. Hassan II Casablanca
Tél: 0522 22 87 96/0522 48 13 56

VOLET ADHERENT

DECLARATION

367772

Matricule N° : *1973*

Nom du patient : *Hamzaoui Mohammed Soltani*

Date de dépôt : *31/03/2022*

Montant engagé *300,00*

Nombre de pièces jointes : *1*



Réf. Imp. 302 216 025

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

21 APR 2022

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et Signature du Médecin attestant le Palement des Actes
2022	a	300M	805227278796240522481358	Dr. DANNOUNA ABDI MAMADOU OPTOMETRISTE 47, AVENUE HASSAN II - CASABLANCA +212 522 7278796240522481358

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

三

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="0"> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		D	00000000	00000000		G	00000000	00000000		B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
	D	00000000	00000000																	
	G	00000000	00000000																	
	B	35533411	11433553																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				MONTANT DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																