

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

- Reclamation : 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.

M22- 0045003

Optique *140791* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9272* Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

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 :

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)
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 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'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALLS
- 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° 0291233

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Nouzha Alaoui
Matricole : 9772 Fonction : Chef de départ Poste : RAM
Adresse : Rue. EL Jazouli, avenue des Princes. Souissi Soussi-Rabat
Tél. 06108 88 44 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Dr Alaoui N. Age

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Affection gulaire

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

A :  le 07/12/2000

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. S. LANDOUAR BELLAKHDAR
Ex. Professeur d'Ophtalmologie
13 Bis Avenue Ibn Sina - Appart. Rabat
Tél: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

VOLET ADHERENT

N° 0291233

DECLARATION
Matricole N° : 9772
Nom du patient : Nouzha Alaoui
Date de dépôt :
Montant engagé :
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
08/12/22	Kotkeg/2	100000	Mille DT	 Dr. N. LANDOUAR BELLAMAR Ex. Professeur d'Ophtalmologie 35 Avenue Ibn-Sina - Agdal - Rabat 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé 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 PROTHÉSES DENTAIRÉS

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 G D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEUIL

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDAR

Professeur d'Ophthalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie numérisée - Laser
O.C.T
Chirurgie réfractive



الدكتورة نعمى المدور بلخضر

أستاذة في طب وجراحة العيون

التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر

تصحيح البصر بالليزر

RABAT LE 08 DECEMBRE 2022

HONORAIRES

MME ALAOUI NOUZHA

CURE CHIRURGICALE DE CHALAZION DE

PAUPIERE SUPERIEURE ŒIL GAUCHE

K20+K20/2 = 1000.00 DH

(MILLE DIRHAMS)

Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR
Ex. Professeur d'Ophthalmologie
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Nom et prénom du malade : M. ALAOUI Ndeugha

2) Date de la Consultation :

3) Renseignements Clinique Sommaire :

chafazion de paupiere

Supérieure oeil Gauche

4) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

cure chirurgicale de chafazion

de paupiere Supérieure oeil Gauche

K20 + K20/2

5) Durée prévisible du traitement

Rabat, le 8/12/22

INP 101019016

Dr. N. LAMDOUAR BELAKHDAR
Ex. Professeur d'Ophtalmologie
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32