

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Éducation :

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.

Prothésaire :

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

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° P19-0035759

Maladie Dentaire Optique Dent Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10236 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : RHIZAL MOUH
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661555890 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 :
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035759
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :
Coupon à conserver par 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 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 kinsithérapeute
 - 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
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes successifs comportant un ou plusieurs échelonnages et les temps.
- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPEDIE
 - LA REEDUCATION
 - LES ACCOUCHEMENTS
 - LES CURES THERMALES
 - LA CIRCONCISION
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Pour 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 1617148

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **RHIZAL WIDADE MOUHI**
Matricule : **10236** Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : **SALMIER in 10 N° 7 Rue 4 CASA**
Tél. : **0661555890** Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **WIDADE** Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : **Soins dentaires**
S'il s'agit d'un accident causes et circonstances : _____
A **CASA** le **20** **09** **2019** Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

Accueil Siège/Ram
CENTRE D'ENTENTE
AL FAHSAH
DR. WAFIK ABU FARHANE
05 22 91 26 52

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALMA FARMACIA TORRELLA PHARMACIENNE Bd. El Joudi Sud Dumyat Casablanca - Tél. 022 36 27 71	16/9/19	115,90

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 détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
	24	trt + obt	D22	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D22"/>															
				MONTANT DES SOINS <input type="text" value="600 DH"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="16/9/19"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552																
	00000000		00000000																
	D		G																
	00000000		00000000																
	35533411	B	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE D'HONORAIRES

CENTRE DENTAIRE
AL KHAROUK
Dr. WAJAFAR Hanane
79500025

Nom et prénom du médecin dentiste :

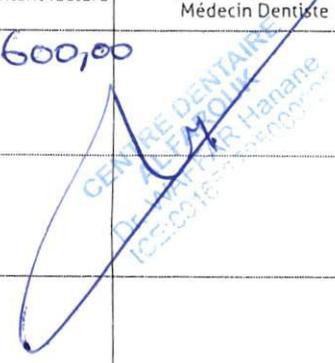
N° de l'INPE : 094178522

N° de l'ICE : 001656795000025

N° de l'IF : 14422258

Bénéficiaire : RHIZAL WIDADE

Date 16/9/19

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتور Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
24	144001	16/9/19	D22	D22	600,00	

24 SEP. 2019
Dr. WAJAFAR

Montant global : 600,00 DH

Mode de paiement Espèces Chèque

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Fax :

Signature et cachet

CENTRE DENTAIRE
AL KHAROUK
Dr. WAJAFAR Hanane
I.C.E. 001656795000025



مصحة الفاروق لطب وجراحة الأسنان

CENTRE DENTAIRE AL FAROUK

Prophylaxie - Soins Dentaires - Chirurgie - Prothèse fixe - Prothèse mobile - Parodontie exclusive
Orthodontie exclusive - Implantologie orale - Occlusodontie - Blanchiment

Dr. WAFFAR Hanane Ep. Dr. EL FAROUKI
Chirurgien Dentiste
Lauréat de la Faculté de Médecine
Dentaire Hassan II - Casablanca

الدكتورة حنان وفار
طبيبة جراحية للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان - الدار البيضاء

Casablanca le: 16/9/09

RHIZAL WIDADE

eco classe 1g (sachet)

1 sachet

2 ففج

2 ففج



مقاوم

PHARMACIE SALMIA
M. T. EL MARI Y. FOR FOUZIA
PHARMACIENNE
85, Bd. El Joulane Sidi Othman,
Casablanca - Tel: 022 38 21 70

CENTRE DENTAIRE
AL FAROUK
Dr. Waffar Hanane
ICE: 0016556795000025

حي مبروكة، زنقة 70، رقم 29، درب البناني، الدار البيضاء - أمام مقهى بومباي
الهاتف: 06 49 57 24 32 - البريد الإلكتروني: waffar1@hotmail.com

16/09/2019 16:10

widade rhizal

Quick-ID :

CENTRI DENTAIRE
ALFARUK
Dr WAFFAN Hanane
E:00151179500025



Handwritten red signature or initials.

04/09/2019 16:01