

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

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.

aire :

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.

die 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



Maladie

Dentaire

Optique

Dent

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2072 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARIM NASSIMA

Date de naissance :

Adresse : SALMIA 2 Rue 32 INT 26 N°2 Casa

Tél. : 0666.255.805

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/09/2019

Nom et prénom du malade : KARIM NASSIMA 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 : _____ / _____ / _____

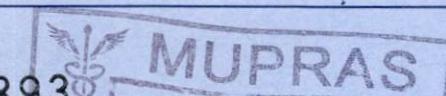
Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-031893

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule : 2072

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

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 courant 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 échelons
- 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

ACC-4 Adg

DATE DE DEPOT



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2858
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.com

FEUILLE DE SOINS N° 406121

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :

KARIN MOHAMMED
9072 Fonction : chouaib Poste :

Matricule :

Adresse : SALMIYA 2 Rue 32 Hall N° 2 Carr

Tél. : 0666255805 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient :

KARIN NASSIMA Age

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

06.09.19

Nature de la maladie :

Soin et Entretien dentaire

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

09 SFP

A

09 SEP 2019
ACCUSÉ le 09.09.2019

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

DT. DERBANI Chouaib

Chirurgien Dentiste

Jamila

65, F. 1221

Casa 1823980002

ICE: 1221

RELEVE 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

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé 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 ainsi que le bilan de l'ODF. **10 SEP. 2015**

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
	15	ctrl	P25
	16	ctrl	P25 10
	10	ctrl	P25 10
	12	ctrl	P26 10
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H D B	D G	
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	Date : 06.09.19		
	Date de l'execution : 17.09.19		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
Dr. DAKHLA Jamil Chouaib Chirurgien Dentiste 5, Bd DAKHLA 1005 22550 Casablanca Tél: 00 18 23 58 00 00 22 ICE: 00 13 22 00 00 00 22			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			
Dr. DAKHLA Jamil Chouaib Chirurgien Dentiste 5, Bd DAKHLA 1005 22550 Casablanca Tél: 00 18 23 58 00 00 22 ICE: 00 13 22 00 00 00 22			

Dr DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste



الدكتور در باني شعيب
طبيب جراحي للأسنان

Facture Jupras

ORDONNANCE

Kaïdin NASSIMA

Casale:

17.09.19 -

Ses dentis : - 15 wnl - 45 082 D55
- 16 46 45180
- 11 46
- 12 46 6102 100 10

Prise de dent : cent 25
Anesth : 3300 m

Anesth de la facture , les dents :
trois mille trois cent 75

IF. 119 3300 75

ICE →

Dr. DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C-D
Casablanca-Tél: 05 22 55 08 21
ICE: 00 18 23 98 00000 22

65, Bd Dakhla, Jamila 3 CD - Casablanca
Tél : 05 22 55 08 21

شارع الداخلة - جملة 3 - رقم 65 الدار البيضاء
05.22.55.08.21
الهاتف /