

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 à caractère personnel.

MUPRAS - Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - 10 Avenue Hassan II - Casablanca - Maroc - Tél : +212 33 77 00 00 - Fax : +212 33 77 00 01 - E-mail : info@mupras.com

## Déclaration de Maladie

N° W19-477351

Dentaire



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2020

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ASSIDIKI Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

06 99 59 95 96

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

22 OCT. 2019

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 :

Signature de 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)
- SY = 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 courant 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

1 JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes libaux comportant un ou plusieurs échelons 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 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 708164

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMED

Matricule : 2020 Fonction : 1076 Poste :

Adresse : Lot Malay Elhami Rue 3 N° 25 ou LFA CASA

Tél. : 0699599596 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. ABONDRAKE Age 16 16

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 11/09/2019

Nature de la maladie : Pulpit avec délabrement carieuse

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

A Essaouira le 11/09/19

Durée d'utilisation 3 mois

Signature : Dr. Hassan SAYEGH  
Med. Dentiste Orthodontie  
Urgence Chirurgie Dentaire  
Centre Chirurgical Essaouira  
Tél. 0521 44 21 21  
Dr. mhsayegh@um.ac.ma

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

708164



Matricule N° :  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé : 3002  
Nombre de pièces jointes :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Montant du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
-09-2019	11-09-19	101,00 Dhs

072081516

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Chet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs demandés 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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET MEDICO-DEPENSES DE LA MAISON DE SANTÉ DE LA RÉGION

**ACHETER** **1. Med.** **Chirurgien Dentiste** **Orthodontie** **an SAYEC<sup>®</sup>**  
**4 Place Cheftchahouni** **Essaouira**  
**E-mail:** **mbsayec@gmail.com** **Tel.:** **0524 735164** **EXECUTIVE**

Dr. Mohamed Hassan SAYEGH

Chirurgien Dentiste

Orthopédie dento - faciale

BDS. Dip. Ortho

MADRID

الدكتور محمد حسن جعفر سائج

طب وجراحة الأسنان

أخصائي في تقويم الأسنان

مدريد - إسبانيا

Essaouira, le ..... 11/09/19

BIRODOGYL  
CP PEL B15  
P.P.V : 102DH00  
LOT : 09A084  
RÉF : 20220222



M<sup>e</sup> ABOUDRARE Sijja

NOT<sup>21</sup>

Birodologyl CP

32

NUP 2x1gr pult fjos

Ste. Pte. Dr. Hassan Sayegh  
17, Lot Rm 101, Sidi Abdellah  
Dr. Hassan Sayegh Zineb  
Tel: 05 24 47 55 69

Med. Hassan SAYEGH  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
M<sup>e</sup> Chlefchaouni Essaouira  
E-mail : mhjsayegh@gmail.com  
Tél : 05 24 47 55 69

**Dr. Med Hassan Jaafar SAYEGH**  
Chirurgien dentiste  
Orthodontiste

4, place cheffchaouni  
Essaouira, MAROC  
Tél : 05.24.47.55.69  
Email : mhjsayegh@gmail.com

Essaouira, le : 11/09/2019

**Numéro de la patente : 47215761**

**Numéro de la Facture : 636/19**

**IF: 74715761**

**INP: 074022237**

**.ICE: 001167300000043**

**A l'attention de M<sup>e</sup> ABOUDRARE IJJA  
Objet : facture pour soins dentaire**

Madame,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous le détail de votre facture

Actes	Coefficient	Prix unitaire	Nombre	Montant global
25 : Extraction	D10	200	1	200
<b>Total :</b> Deux Cent Dirhams	D10	---	---	200

Arrêté la présente facture à la somme de :  
**DEUX CENT DIRHAMS**

**Facture acquittée le : 11/09/2019**

Dr. Mohammed Hassan Jaafar SAYEGH

Med. Hassan SAYEGH  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
4, place cheffchaouni Essaouira  
Tél : 05.24.47.55.69  
Email : mhjsayegh@gmail.com