

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

DR. N° W19-477353

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **2020**

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ASSIDIKI Mohamed**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **ASSIDIKI Mohamed**

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 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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
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 se présenter 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 621176

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **ASSIDIKI MOHAMED**
Matricule : **2020** Fonction : **1976** Poste :
Adresse : **Lot Mobay Hami Rue 3 n°25 OULFA Casa**
Tél. : **06 995 998 96** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **ME ABODRARE Sja** Age **01/01/66**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : **22/08/19**
Nature de la maladie : **Soins**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A. Essadoun le **07/09/19** Signature du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

621176

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé : **814,30**
Nombre de pièces jointes : **10/17**



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

Signature du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>El Ghazoua Megador</i> <i>Essaouira</i> <i>ASSAMAOUA Zine</i> <i>Tél: 05 24 79 29 47</i>	22-08-19	117,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Med. Hassan SAYEGH</i> <i>Ingénieur Dentiste Orthodontiste</i> <i>Place Cheffchaoui Essaouira</i> <i>Tél: 05 24 79 29 47</i>	22/8/19	Radiographie panoramique	220

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet 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 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	46	Traitement endodontique	D25
	46	Obturation couronne définitive (3 faces)	D15
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Coefficient DES TRAVAUX</p> <p>Montant DES SOINS</p> <p>Début D'EXECUTION</p> <p>Fin D'EXECUTION</p> </div> <div> <p>Duo</p> <p>700 DH</p> <p>22/8/19</p> <p>7/9/19</p> </div> </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000											
G	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	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

Med. Hassan SAYEGH
Ingénieur Dentiste Orthodontiste
Place Cheffchaoui Essaouira
Tél: 05 24 79 29 47

MADRID

مدريد - اسبانيا

Essaouira, le ... 22/11/19 ...

MEABOUDRAE IJUN

102100 R. B. Langley - sp

1830 8324

1. Islam

1/2-2-2-1/2

Dr. Med. Hassan SAYEGH
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
4 Place Cheikh Moussa Essaouira
E-mail: mhassan@com.tn
Tél: 05 24 47 55 18

Phcie El ghazoua Mogador
Essaouira - Essaouira
Dr ASSAOUAT Zineb
Tél: 0534 79 29 47
E-mail : mhjsay

4, Place Chetchaoui-ESSAOURA - ☎: 05 24 47 55 69 : ☎ : ساحة الشفشاوني الصويرة - E-mail : mhjsayegh@gmail.com

DOLAMINE®
20 comprimés

Lot N° : Date Per. :

DOLAMINE®

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 15.30 DH

6 118000 190394

LOT : 9MA082
PER. : 02 2022

BIR0D0GYL
CP PEL B15

P.P.V. : 1020H00

6 118000 060567

Dr. Med Hassan Jaafar SAYEGH
Chirurgien dentiste
Orthodontiste

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

Essaouira, le : 07/09/2019

Numéro de la patente : 47215761
Numéro de la Facture : 537/19
IF: 74715761
INP: 074022237
ICE: 001167300000043

A l'attention de M^e 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
Radio panoramique	Z20	200	1	200
46 : Traitement endodontique	D25	700	1	700
46 : Obturation coronaire définitif (3 faces)	D15			
<u>Total</u> : Neuf Cent Dirhams	Z20+D40	---	---	900

Arrêté la présente facture à la somme de :
NEUF CENT DIRHAMS

Facture acquittée le : 07/09/2019

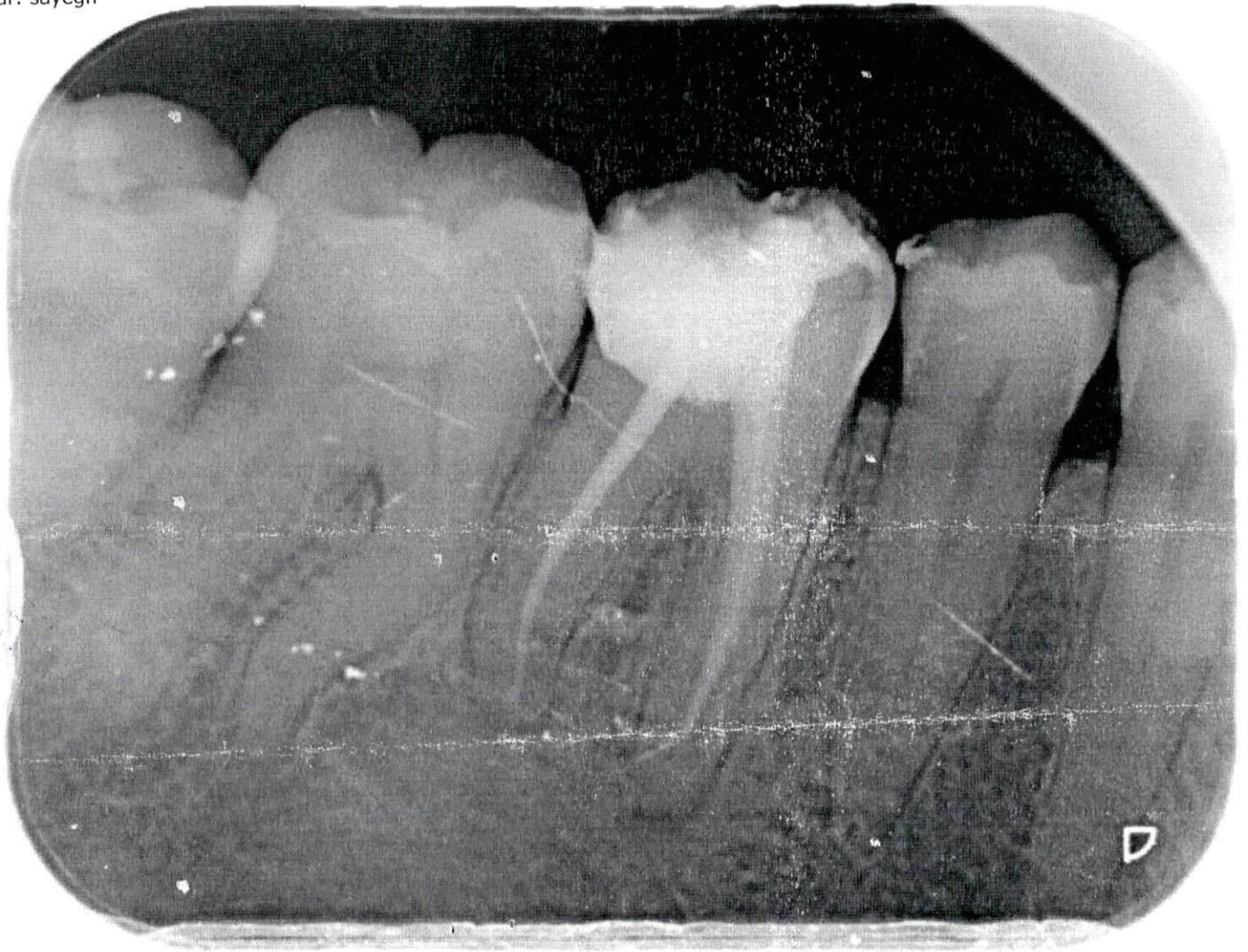
Dr. Mohammed Hassan Jaafar SAYEGH

Dr. Med. Hassan Jaafar SAYEGH
Chirurgien Dentiste
4, place Cheffchaoui - Essaouira
Tél : 05.24.47.55.69
mhjsayegh@gmail.com

M^e ABOUDRARE Ijj^a

le: 04/09/2019

dr. sayegh



u6: Traitement endodontique.

Dr. Med. Hassan SAYEGH
Chirurgien Dentiste Ormécourt s.e
4 place Chaffetouni Essaouira
Tel: 03 24 47 55 63
Email: mhysayegh@gmail.com

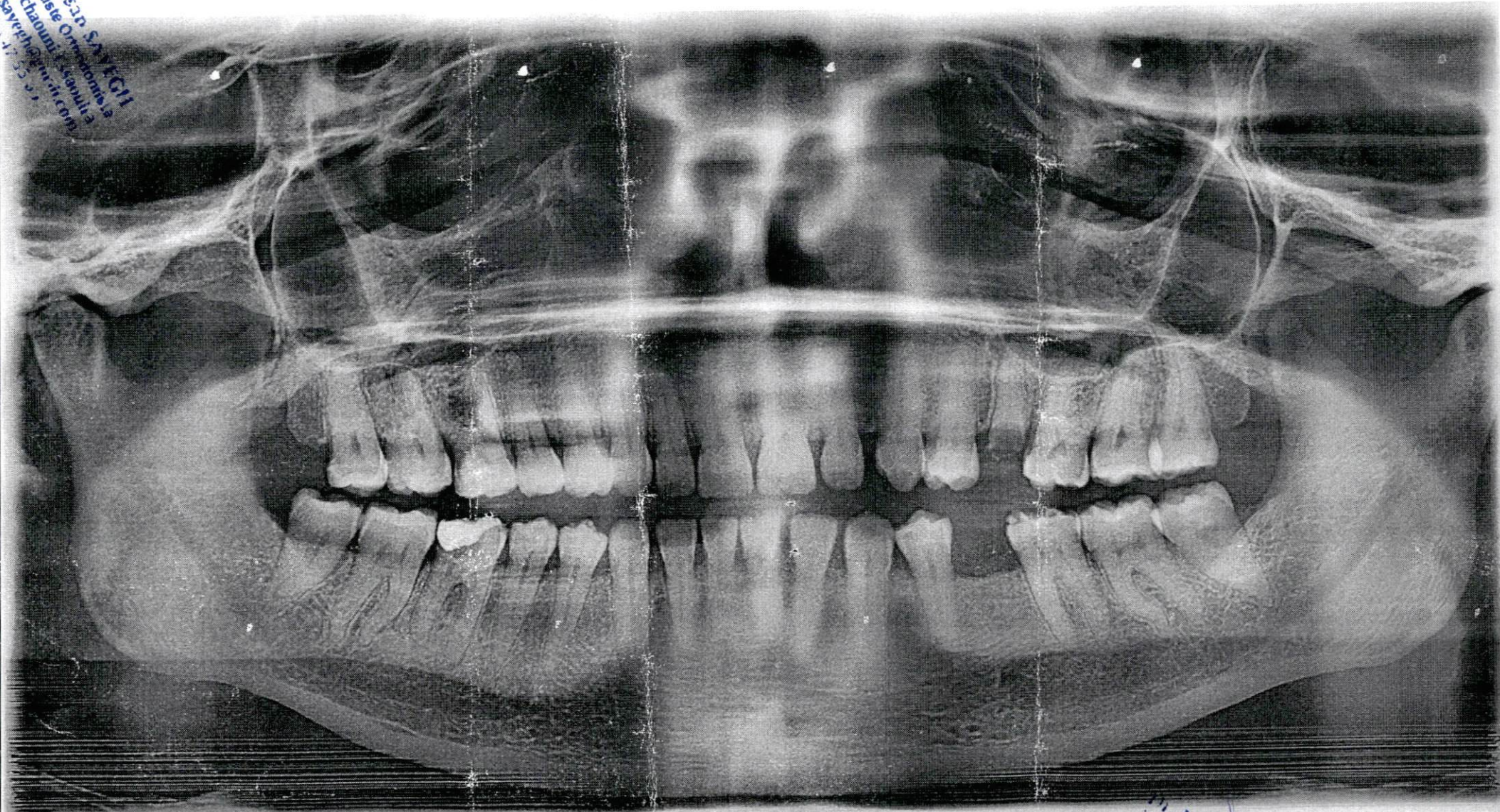
MC ABOUDRARE IJJ

22/08/2019

1966

Dr. Med. Hassan SAYECH
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
Place Cheffchaoui Essanati
Tunis 1055
Tél. 71 75 55 55
mhlsayegh@gmail.com

R PaX-i



Dr. Med. Hassan SAYECH
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
Place Cheffchaoui Essanati
Tunis 1055
Tél. 71 75 55 55
mhlsayegh@gmail.com