

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 canalaire, 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 canalaire.

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 | : 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.

12659

ca

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12750

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL WATTAY Amine

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 :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

16 DEC 2019

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) :

RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Cofrifférent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	NP : 
EXÉCUTION DES ORDONNANCES					
Date	Montant de la Facture ou du Formissaire	Cachet du Pharmacien			
ANALYSES - RADIOPHARMACIES					
Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Cofrifférents	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Médecin	
AUXILIARIES MEDICAUX					
Montant détaillé des Honoraires	Montant des Honoraires	PC	IM	IV	AM
Cachet et signature du Particulier					

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)
- CNPSY = 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 proposée pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au 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 PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux 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 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 Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.com

FEUILLE DE SOINS

N° 836137

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : EL WATTAH Amine
Matricule : 12750 Fonction : Manager Poste :
Adresse : N° 8, Rue Rayara, lot AL Madama, Ben
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL WATTAH Djineb Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : 24-10-19
Nature de la maladie : SOINT - Debries
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A -----, le ----- / ----- / -----
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin :
Dr. El Wattah Abdellatif
Chirurgien Dentiste
Exped. Dr. El Wattah
5, Rue Rayara Rd 1330 Casablanca
Signature : *[Handwritten signature]*

VOLET ADHÉRENT

N° 836137

DECLARATION Matricule N° : 12750
Nom du patient : EL WATTAH Amine
Date de dépôt : 16/12/19
Montant engagé : 1151,90
Nombre de pièces jointes : 03



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AUTÉ ANATA HT MOUN Samir CICP Pharmacie SSALAM Hay Al Houda BERRECHID 5-22-32 BA QA	24/10/2019	108,92

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

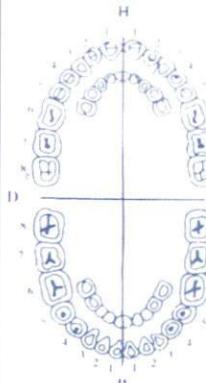
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	46	Rx	26	COEFICIENT DES TRAVAUX
	47	Rx	26	294404
	48	Débridage Rx	26	
	46	Rx	26	MONTANT DES SOINS
	46	Rx	26	1050,00
	46	Rx	26	DEBUT D'EXECUTION
	46	Rx	26	04/10/19
				FIN D'EXECUTION
				22/11/19

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
	B	

(Création, remont, adjenction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L'EXÉCUTION

Dentiste
Chirurgien Dentiste
Exerçant au Maroc
Dentiste à Hassan II

Docteur JABIR Abdelhakim

ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

5, Rue Mohamed V - Casablanca - Tél : 052 366 33 93

CABINET DENTAIRE IMPLANTOLOGIE, CHIRURGIE ORAL

Docteur JABIR Abdelhakim

MEDECIN DENTISTE - EXPERT ASSERMENTE

Docteur en Médecine dentaire

Diplôme Universitaire en Implantologie et Chirurgie Oral
D,U + CES URGENCES MEDICALES ET CHIRURGICALES
DIPLOME SOCIETE MAROCAINE DE PARODONTOLOGIE ET
IMPLANTOLOGIE ORAL
INP 064019383 / CNSS 6314827 / IF 93018009
ICE 001887422000011 / TP 40731035

jeudi 24 octobre 2019

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2, Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 94

Monsieur ELWATTAH AMINE

79,90



-BISPIRASOL
1 CP X 3/J

7 JRS

22,00



-MOLGAM 200
1CP X 3/J 2 JOURS

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
5, Rue Mekka Berrechid
Tél : 05 22 33 66 33

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2, Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 94

Docteur JABIR Abdelhakim

Chirurgien Dentiste
5, Rue Mekka Berrechid
26100 BERRECHID
Tél. : 0522336633

PPV: 79DH90
PER: 05/21
LOT: I1390

22,00

DR ABDELHAKIM JABIR

MEDECIN DENTISTE

CHIRURGIE ORALE

IMPLANTOLOGIE ORALE

SOINS RADIOS PROTHESES

M. AMINE EL WATTAH

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5 , Rue Makka Bd, Hassan II
Tel : 05 22 33 66 33



Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5 , Rue Makka Bd, Hassan II
Tel : 05 22 33 66 33

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5 , Rue Makka Bd, Hassan II
Tel : 05 22 33 66 33

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5 , Rue Makka Bd, Hassan II
Tel : 05 22 33 66 33



Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5 , Rue Makka Bd, Hassan II
Tel : 05 22 33 66 33

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5 , Rue Makka Bd, Hassan II
Tel : 05 22 33 66 33

CABINET DENTAIRE IMPLANTOLOGIE, CHIRURGIE ORAL
Docteur JABIR Abdelhakim
MEDECIN DENTISTE - EXPERT ASSERMENTE

Docteur en Medecine dentaire

Diplome Universitaire en Implantologie et Chirurgie Oral
D,U + CES URGENCES MEDICALES ET CHIRURGICALES
DIPLOME SOCIETE MAROCAINE DE PARODONTOLOGIE ET
IMPLANTOLOGIE ORAL
INP 064019383 / CNSS 6314827 / IF 93018009
ICE 001887422000011 / TP 40731035

vendredi 22 novembre 2019

Monsieur ELWATTAH AMINE

FACTURE POUR SOINS ET/OU PROTHESE DENTAIRE

COEFICIENT GLOBAL :

-SOINS :Z24+D47

RX 47

RX 48

DET 1 S

RX+TC+CP+RX 46

-PROTHESE:

TOTAL SOINS:1050,00

TOTAL PROTHESES:

**ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
MILLE CINQUANTE DIRHAMS**

Docteur JABIR Abdelhakim

Chirurgien Dentiste
5, Rue Mekka Berrechid
26100 BERRECHID
Tél. : 0522336633

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
5, Rue Mekka Berrechid
26100 BERRECHID
Tel : 05 22 33 66 33