

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.

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.

Prothèse 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

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° P19-0025009

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4254 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : FATHI Abdelhak
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : / / 03-SEP-2010
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 : 03/09/19
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)
- = 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.

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.

Ce 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 EN SANATORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes multiples comportant un ou plusieurs échelonnages 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

En cas d'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 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 856364

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : FATHI Abdelhak
Matricule : 4254 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : _____
Tél. : _____ Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : FATHI Chadia Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Affection oculaire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : _____
A Casa, le 18/07/19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 856364
Matricule N° : FATHI CHADIA
Nom du patient : _____
Date de dépôt : 9/8/19
Montant engagé : 300 + 781,15 = 1081,15
Nombre de pièces jointes : _____



MUPRAS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
18.7.19	U		300	 Docteur J. ZAIM Ophtalmologiste POLYCLINIQUE DE CASABLANCA 13, Rue des Epitaves OASIS Casablanca Tel: 0522 25 74 71/75 11 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/7/19	1081,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

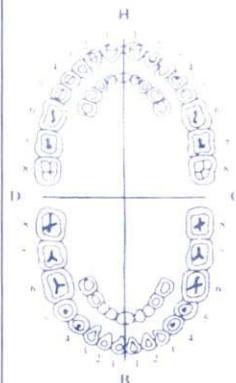
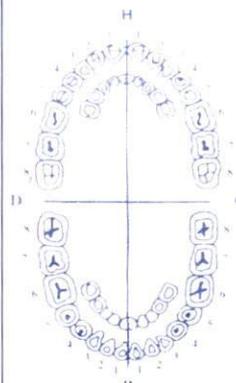
VOLET ADHERENT

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: none;">25533412</td> <td style="border: none; text-align: center;">H</td> <td style="border: none;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">D</td> <td style="border: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;">B</td> <td style="border: none;">11433553</td> </tr> </table>		25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552														
	00000000		00000000														
	00000000	D	G														
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



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



Casablanca le :

18 juillet 2019

Lot/Exp.:
AH8070
Y00865
08/2020
PPV 213DH00

Lot/Exp.:
AH8070
Y00865
08/2020
PPV 213DH00

Lot/Exp.:
AH8070
Y00865
08/2020
PPV 213DH00

FATHI Chadia

ALPHAGAN 0.2 %

1 goutte Le Matin et le Soir, les deux yeux, 3 Mois

XALACOM COLLYRE (Latanoprost-Timolol) fl

1 goutte Le Soir, les deux yeux, 3 Mois

147,50
x3
213,00
x3
1081,50



Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste

Urgence 24/24



Casablanca le : 18.7.15

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M. M. FATHI CHAÏBA

La somme de : Trois cent Dhs
300.00Dhs

Pour : Consultation.

Cachet et signature

Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca

Tel : 0522 25 71 71/25 11 15
Urgence 24/24