

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ééducation :

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.

ntaire :

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

par poste

Déclaration de Maladie : N° P19-0010480

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07002 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAMIR HOUARI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 16 16 16 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lu-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° P19-0010480

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



Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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)
CNPSP = 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 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



par courrier

DATE DE DEPOT

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

MUPRAS

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

FEUILLE DE SOINS

07002

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : M^{me} SAMIR HOUARI

Matricule : 07002 Fonction : R. Poste :

Adresse :

Tél. 06.16.16.16.85 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HOUARI Samir Age 40 11 42

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : le 24/09/19

Nature de la maladie : Capsulodéomie

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

A : le 26/09/19 Signature et cachet du médecin : Dr MOUHIB S

Durée d'utilisation 3 mois

montant en faveur : 1434,1000 Dr MOUHIB S
Ophtalmologue
Appart. 2ème étage
Rue Oued Zit
GSM: 0661 11 61 57

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/09/1978			300,00	Dr. MOUSSA Ophthalmologist Appl. 2, Imm. 74, Rue Qued 24 Agdal - Rabat Tél. 0521 11 61 707 0521 68 68 65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme K. HALOUI 176, Av. des F.A.R MEKNÈS	25/09/2019	134,10 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/10/19	OCT	1000, Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 :

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DÉVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Dr. Halima Saadya MOUHDI Epouse CHELLAOUI

Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Chirurgie de cataracte et traitements lasers

الدكتورة حليمة السعدية موهدي

اختصاصية في طب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة الطب من كلية الطب

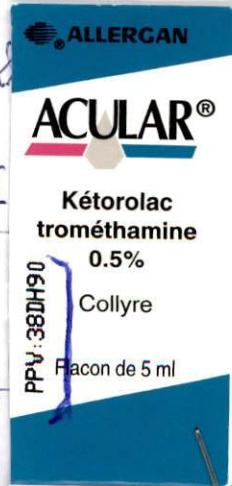
والصيدلة بالرباط

عضو في الهيئة الفرنسية لاطباء العيون

جراحة المياه البيضاء، والعلاج بالليزر

Dr. MOUHDI H.S
Ophtalmologiste
Appt. 2, Imm. 74, Rue Oued Ziz
GSM: 0661 11 61 70 / Tel: 0525 788683
Rabat, Agdal, 11 A
GSM: 0661 11 61 70 / Tel: 0525 788683

1/ Laser Yag OG capsulo

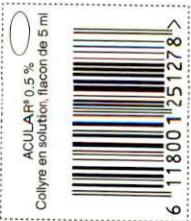


Fabriqué par les Laboratoires
ALLERGAN

Westport, Co.Mayo, Irlande
Importé par les Laboratoires

AFRIC-PHAR

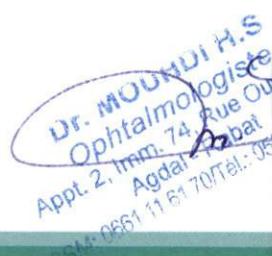
Route Régionale
Casablanca/Mohammed V
N°322, km 12,400 Ain
Harrouda 28630,
Casablanca-Maroc



2/ Acular Collyre
38,90 1g flacon 15/j OG x 15 gr



2/ Xola
95,20 1g flacon Tous les Soir x 15 gr



Imm 74 Appt n°2 Rue Oued Ziz Agdal - Rabat - GSM : 06 61 11 61 70 / Cabine

Patente : 25771867 - I.F : 40467248 - E-mail : halima.mouhdi@gmail.com

Dr. Halima Saadya MOUHDI Epouse CHELLAOUI
Ophthalmologist

الدكتورة حليمة السعدية موهدي
اختصاصية في طب وجراحة العيون

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Rabat
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Chirurgie de cataracte et traitements lasers

حاصلة على شهادة الطب من كلية الطب
والصيدلة بالرباط
عضو في الهيئة الفرنسية لاطباء العيون
جراحة المياه البيضاء وال العلاج بالليزر

Rabat le,
14/10/2019

FACTURE

Mr. HAOUARI Samir

Tomographie en cohérence optique : 1000dh