

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-797131

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *2080*

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *L'Amrabet Dussan*

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-797131

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | | | |
|-------|--|-----|--|
| C | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| V | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z | = Electro - Radiologie |
| PC | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B | = Analyses |
| K | = Actes de chirurgie et de spécialistes | | |

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 remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1612848

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ELMRABET OUSSAMA
Matricule : 7289 Fonction : C.D.B Poste :
Adresse : N96 rue Fraq Dar Bouazga
Tél. : 0662787331 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LOUDRIHI Naima Age 31 | 08 | 76
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A 15 / 03 / 2023 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ 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
15-03-2023	C		2000	
17-03-2023	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. EL HAFID Hayat Pharmacie BELAIR Boulevard AL ALYA, N°46 - Dar BOUAZZA Tél: 0522 96 59 83 - Casablanca	15/03/2023	T= 136500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21-03-23	Z 100	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
<div> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552							
	00000000	00000000							
	00000000	00000000							
	35533411	11433553							
	<div> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 15-03-2023 في الدار البيضاء

82,80
EL KARABET Naimo
Chère LOUDRIHAI

1. Rancephex 10 6728

19 x 2/7

54100
2. Duspataline 200
19 x 2/7

T=136,60



DUSPATALIN 200MG
GELU 820

P.P.V. : 54DH00



LOT : 22E002
PER.: 09 2024

Tél : 0522 96 59 83 - Casablanca
Pharmacie BELAIR
DR. EL HAFID HAYAT

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف خبير لدى المحاكم
طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي)
60, Route Moulay Thami - Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 90 70 88 - الهاتف : 2 90 97 66
E-mail : drgza@gmail.com

Docteur Saïd GZOU LI

الدكتور سعيد الغزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 17 MARS 2023 : في الدار البيضاء،

Mr LOUDAHIA Mouned

TD Thoracique
et vertébrale

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60، طريق مولاي التهامي
(قرب مستشفى الحي الحسني)
مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 90 70 88 - الفاكس : 05 22 90 70 88

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

IF : 2221555

Casablanca, le 21/03/2023

Facture N° 1091/03/2023

Nom patient : LOUDRHIRI NAIMA

Examen(s) réalisé(s) : TDM THORACIQUE

Date Examen(s) : 21/03/2023

Montant : 1000 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME D
MONTANT TOTAL :
MILLE DIRHAMS

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal. Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd.

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd.

21/03/2023

PATIENT : Mme.LOUDRHIRI NAIMA
MEDECIN TRAITANT : SAIDGZOULI
EXAMEN(s) REALISE(s) : TDM THORACIQUE

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

TDM THORACIQUE

INDICATION

Dorsalgies.

TECHNIQUE

Examen réalisé en mode hélicoïdal en coupe fines^{en}, contraste spontané.

Reconstructions axiales, frontales et sagittales.

RESULTATS

- ❖ Scoliose dorsale à convexité droite.
- ❖ Hauteur normale des corps vertébraux et des espaces intervertébraux.
- ❖ Canal dorsal de dimension normal.
- ❖ Absence d'anomalie des parties molles péri-vertébrales.
- ❖ Absence d'arthrose costo-vertébrale notable.
- ❖ Transparence pulmonaire homogène.
- ❖ Les axes trachéo-bronchique et vasculaires proximaux sont de calibre normal.
- ❖ Les gîtes ganglionnaires médiastino-hilaires sont libres.
- ❖ Absence de réaction pleurale.

AU TOTAL

Scoliose dorsale.

A compléter par un rachis entier face et profil.

Confraternellement
DR O. ALAMI

RADIOLOGIE HAY HASSANI
10, Imm Communal Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07