

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 18443 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HIND ECHAHADIR

Date de naissance :

15/09/1939

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : J. H. A. Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :



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)
- Y = 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 courant 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 le confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
deux 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 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.

DATE DE DEPOT



MUPRAS

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

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 635816

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Hina EL KHADIR

Matricule : 12443 Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Dixem El Khadem YOUSRI Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Pédia Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 29/05/2023

Nature de la maladie : Français Anglais Arabe Chinois Allemand Italien Espagnol Portugais Autre

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

A : CPNA, le 16/04/2023 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 635816 MUPRAS
Nom du patient : Hina El Khadem
Date de dépôt : 2023-04-16
Montant engagé
Nombre de nièces jointes



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Les S	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/01/2025	16/01/2025	16/01/2025	16/01/2025	16/01/2025

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

t 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

1910412023

Objet = Compte à Circonsances

Bonjour,

Je vous prie de trouver le dossier de remboursement relatif à l'incident de mon fils Mohamed NIKOU, tombé dans le escarpe, à la maison.

Cdt,

Hind EL KHADIRI

AJIAL أجيال



صحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

16/04/2023

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur..... Professeur B. YOUSRI
Chirurgie pédiatrique.
295, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 86 01 01 - 0522 86 16
Email: drbyousri@gmail.com

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mikay Okimane

Et lui adresse l'usage, sa note d'honoraire.

Soit la somme de 1100,00 DHS

SIGNATURE

Professeur B. YOUSRI
Chirurgie pédiatrique,
295, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 86 01 01 - 0522 86 16 21
Email: drbyousri@gmail.com

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

16.04.2023

Mrikou Othmane

Rx avant les 8h

Clinique Pédiatrique AJIAL
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522 87 81 81 - Fax: 0522 87 25 00

FPP

Professeur B. YOUSRI
Chirurgie pédiatrique.
295, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 86 01 01 - 0522 86 16 21
Email: dr.yousri@gmail.com

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 16/04/2023

Mikou Okmane

Pr Zer avant bras D.

Réduction orthopédique -

F30

Professeur B. YOUSSEF
Chirurgie pédiatrique
295 Fsd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 86 01 01 / 0522 86 16 21
Email: drbyoussef@gmail.com

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 16/04/2023

NOM : MIKOU OTHMANE

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DRT F/P

DE CONTROLE

Examen réalisé sous plâtre.

Fracture réduite du 1/4 distal du radius.

Interlignes articulaire respectés.

Densification des parties molles.

Clinique Pédiatrique AJIAL
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tél:0522 87 81 81 / Fax:0522 87 25 00
DR MIYARA
Dr. K. Miyara
Médecin Radiologue

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 16/04/2023

NOM : MIKOU OTHMANE

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DRT F/P

Fracture-angulation du 1/4 distal du radius.

Interlignes articulaire respectés.

Densification des parties molles.

Clinique Pédiatrique AJIAL
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tél. 0522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / +212 522 87 25 00
DR K. MIYARA
Médecin Radiologue

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 16/04/2023

Pré-Facture N° 123044		Etablie par HOUDA RECEPTION Page 1/1		
Identification				
N° Dossier :	X3D166437	MUPRASI	N° Identifiant :	23043666/23
Nom & Prénom :	MIKOU OTHMANE			
C.I.N. :	JPPO	Date Début :	16/04/2023	Date Fin : 16/04/2023
Adresse :	CASA	Traitemen	Médecin :	YOUSRI BOUCHAIB
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef Montant
ACTES CHIRURGICAUX				
K30	1	1 100,00		1 100,00
		Total Rubrique :		1 100,00
IMAGERIE MEDICALE				
Rx avant bras f et p	2	400,00		800,00
		Total Rubrique :		800,00
PARTIE CLINIQUE :				1 900,00
HONORAIRES MEDICAUX				
Dr. YOUSRI BOUCHAIB (CHIRURGIE GENERALE)	1	1 100,00		1 100,00
		Total Rubrique :		1 100,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:				1 100,00
TOTAL FACTURE				3 000,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois mille Dirhams

