

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 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

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 Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H.
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23+007959

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12443 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HIND ECHADIR

Date de naissance :

Adresse : 157939

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Othmane

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)
- = 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 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.

Le 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

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
ctes répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs échelonnées
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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.



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

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 : Hind EL KHADIR
Matricule : 12443 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : _____
Tél. : _____ Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Nikou Alkhamis Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : 16/04/2023
Nature de la maladie : Fracture de la jambe
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : Chute
A CASA le 16/04/2023 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 635816
Matricule N° : Nikou Alkhamis
Nom du patient : Nikou Alkhamis
Date de dépôt : 30/04/23
Montant engagé : _____
Nombre de pièces jointes : _____



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/04/2023	1230 + 12h	30000h		

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ch et Signature du atoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

ch et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	P.C.	IM	IV	

VOLET ADHERENT

t entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs
és 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 canaux, 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	
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>B</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
(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

19/04/2023

Objet = Comptes & Circonstances

Bonjour,

Je vous prie de trouver le dossier de
remboursement relatif à l'accident de
mon fils Othmane NIKOW, tombé
sous le escalier, à la maison.

Cdt,

Hind EL KHADIRI

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

16/04/2023

NOTE D'HONORAIRE

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

Le Docteur.....

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

Mikou Oufmane

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

Soit la somme de..... 1100007DHS

SIGNATURE

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

أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 16.04.2023

M/Kou Othmane

Rx avant bas de

FP

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

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

أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

16/04/2023

M. Kou Othmane

FR 20 avant-bon D.
Réduction orthopédique -

(F30)

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

أجيال AJIAL



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

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
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 / 0522 87 25 00
DR MIYARA
Dr. K. Miyara
Médecin Radiologue

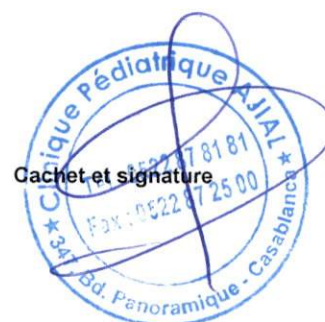
Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 16/04/2023

Pré-Facture N° 123044		Etablie par HOUDA RECEPTION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X3D166437	MUPRAS	N° Identifiant : 23043666/23			
Nom & Prénom : MIKOU OTHMANE					
C.I.N. : JPPO	Date Début : 16/04/2023	Date Fin : 16/04/2023			
Adresse : CASA					
Traitement :	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



Cachet et signature

BMC I AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 013780010930003340017148 INPE 090062324

TEL 0522-87-81-81 FAX : 0522-87-25-00 PATENTE 34082175 IF 15243373 ICE 001695598000041