

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : Y113

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EZZAHAF YOUSSEF

Q22598

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0610-03-20-40

Total des frais engagés : 766140 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Affection 07/10/2014 Age : 2024

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection 07/10/2014

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 : Casablanca Le : 29/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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)
- CNPSY = 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 au 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 PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
- 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



M U P R A S

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

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° 842728

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom :

Matricule : 9113 Fonction : _____ Poste : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age : _____

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : _____ affection orthopédique

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

Admission : le 29/01/24 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Imme "Ghali" Centre
Casablanca
Tél: 0522 98 95 99
Email: dr.karim@dr-karim.com

VOLET ADHÉRENT

N° 842728

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
29.07.24	C ₂ + plateau		5000 Dhs	DR. KARIMAHED Orthopédiste Bd Abdelloumene Casablanca Tél: 0522 98 95 90 Email: dr.karimahed@hotmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PIZZA 13 Divar El Menzah 2 Casablanca Tunisie	29/11/20	66,40

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. KARIMAHED</i> Spécialiste en Radiologie Bab Eddouksia, 11ème "Ghali" Casablanca Tél: 0522 98 95 90 Email: dr.karimahed@hotmail.com	29.07.2017	Rémanent	200,00 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

Dr Karim Âhed

الدكتور كريم عايد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
 - Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقويمية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : الدار البيضاء في : 29/01/2024

MME BOUZIANE ZOUBIDA

- **Oedes 20 mg - gélule**
1 Gélule, matin, avant les repas, pendant 10 jours

22,20

- **Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin, midi, soir après 12j

PPV: 22DH20
PER: 09/25
LOT: M2956

AS

- **Difal 50 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 7 jours

44,20

TOTAL
66,40

27/01/2024
Bd 13 Diyar El Menzeh,
Lissasfa, Casablanca
22,20 + 44,20 = 66,40

AS



Dr. ÂHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com

Dr Karim Âhed

الدكتور كريم عايد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
 - Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- مخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقويمية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : 29.01.2024 الدار البيضاء في :

Facture N°: 1115

Date : 29/01/2024

Bénéficiaire : Mme Bouziane Zoubida
Mme BOUZIANE ZOUBIDA

Tél: 0678996587

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 29/01/2024				
RX	Radio de la main droite	1	200,00	200,00
PLT	Plâtre main	1	500,00	500,00
CNS	Consultation	1	0,00	0,00
Total				700,00

Arrêté le présent document à la somme de :
sept cents dirham(s)

Dr. ÂHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Imme "Ghali Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com

Dr Karim Âhed

الدكتور كريم عاهد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
 - Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل

- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل

- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل

- الجراحة التقويمية

- خشونة المفاصل

Casablanca le : الدار البيضاء في : 29/01/2024

MME BOUZIANE ZOUBIDA

RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE

- fracture complexe légèrement déplacée de la base de P1 du 5e doigt
- pas de luxation

Dr. AHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com

18 شارع عبد المؤمن، إقامة غالى ساتر، طرامواي : محطة عبد المؤمن، المعريف - الدار البيضاء،

• 18 Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center", Tramway : Station Abdelmoumen, Maarif - Casablanca 20000
+212 05 22 98 95 90 Dr.karimahed@hotmail.com

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
 - Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- مخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقويمية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : الدار البيضاء في :
29/01/2024

PLI CONFIDENTIEL

NOM et PRENOM : Mme BOUZIANE ZOUBIDA

CLINIQUE : fracture base P1 5e doigt droit

TRAITEMENT : plâtre 4 semaines suivi de syndactylie

DUREE : 28j

Dr. AHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghalli Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com