

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.

tique :

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

éducation :

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 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

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



Déclaration de Maladie

N°D: N° P19- 066751

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ben Hayoun Touna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066751

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnements
- dans 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 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

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 / 281
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.r

FEUILLE DE SOINS 637935

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :

Matricule : 423 Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient :

BENHAYOUN Touria Age 11916

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 08/02/20

Nature de la maladie : TRUQUATISME de l'épaule G

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

A MARRAKECH le 05/02/2020 Signature et cachet du médecin

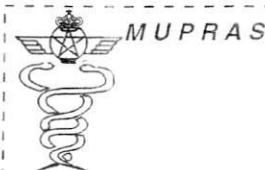
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° :

637935



Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04.02.20 | Examen | 1 | 700 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 04/02/2020 | 95,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

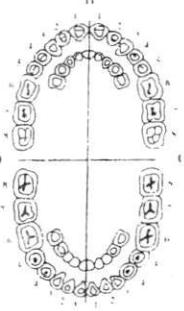
VIOLET ADHERENT

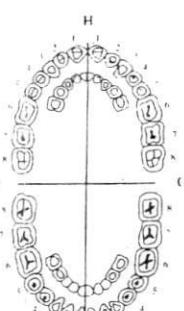
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------|-------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|-------------------------|
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (Création, remont, adjonction) | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | |
| | | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Prazol® 20 mg

Oméprazole



Voie orale

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sébaa - Casablanca

PPV : 52DH80
PER : 03/22
LOT : I1717-4



DOCTEUR JIDDI MAATI

Traumatologue – Orthopédiste
Chirurgie des Membre
Expert Auprès des tribunaux
 TEL :0524/43/46/69

الدكتور جدي المعطي
اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة الأطراف
خبير محلف لدى المحاكم
 TEL :0524/43/46/69

FACTURE N° 74/20

LE : 04/02/20

PATENTE 45103663

COMPTE N° 175 S 000245
 ICE 001805839000076

AGENCE : ATTIJARI WAFA BANK HIVERNAGE MARRAKECH

Doit Mme :BENHAYOUN TOURIA

| | |
|---------------------|----------------|
| CONSULTATION : | 200 * 00 |
| BILAN RX :Z15 | 300*00 |
| SOIN : | |
| ACTE ORTHOPEDIQUE : | |
| ACTE CHIRURGICAL : | |
| PARAPHARMACIE : | |
| PHARMACIE : | |
| TOTAL : | 500.00 DIRHAMS |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CINQ CENT DIRHAMS.

Dr. Maati JIDDI
 Traumatologue Orthopédiste
 65, Rés. Habil Av. Nabiou Dakhbi
 Guéliz - Marrakech
 TEL : 0524 43 46 69

DOCTEUR JIDDI MAATI

Traumatologue – Orthopédiste
Chirurgie des Membres
Expert Auprès des tribunaux
TEL :0524/43/46/69

الدكتور جدي المعطي
اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة الأطراف
خبير محف لدی المحاک
TEL :0524/43/46/69

LE : 04/02/20

IDENTITE : BENHAYOUN TOURIA

NATURE DE LA RADIO : RX DE L'EPAULE GAUCHE

ELEMENT CLINIQUES : DOULEUR

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

- DEMINIRALISATION DIFFUSE

Dr. Maati JIDDI
Traumatologue - Orthopédiste
N°. Res. Habib Aït M'hamed Dabbi
Gueliz - 40000 Casablanca
TEL : 0524/43/46/69

DOCTEUR JIDDI MAATI

Traumatologue – Orthopédiste
Chirurgie des Membres
Expert Auprès des tribunaux
TEL : 0524/43/46/69

الدكتور جدي المعطي
اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة الأطراف
خبير ملحق لدى المحاكم
TEL : 0524/43/46/69

LE : 04/02/20

IDENTITE : BENHAYOUN TOURIA

NATURE DE LA RADIO : RX DE L'EPAULE GAUCHE

ELEMENT CLINIQUES : DOULEUR

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

- DEMINIRALISATION DIFFUSE

Dr. Jiddi Maati
JIDDI MAATI

DOCTEUR JIDDI MAATI
Traumatologue – Orthopédiste
Chirurgie des Membre
Expert Auprès des tribunaux
TEL :0524/43/46/69

الدكتور جدي المعطي
اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة الأطراف
خبير مخلف لدى المحاكم
TEL :0524/43/46/69

FACTURE N° 74/20

LE : 04/02 /20

PATENTE 45103663

COMPTE N° 175 S 000245
ICE 001805839000076

AGENCE : ATTIJARI WAFA BANK HIVERNAGE MARRAKECH

Doit Mme :BENHAYOUN TOURIA

| | |
|---------------------|----------------|
| CONSULTATION : | 200 * 00 |
| BILAN RX :Z15 | 300*00 |
| SOIN : | |
| ACTE ORTHOPEDIQUE : | |
| ACTE CHIRURGICAL : | |
| PARAPHARMACIE : | |
| PHARMACIE : | |
| TOTAL : | 500.00 DIRHAMS |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CINQ CENT DIRHAMS.

Dr. Maazi JIDDI
Traumatologue Orthopédiste
65, Rés. Habous
Guéliz
Tél : 0524 43 46 69