

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.

Declaration de Maladie
 N° W19-558657
 MD: 35480


MUPRAS
 Mutuelle de Prévoyance
 & d'Actions Sociales
 de Royal Air Maroc

1er Août 2020
ACCUEIL SIEGE RAM

☐ **Maladie**
 Cadre réservé à l'adhérent(e)

☒ **Dentaire**
 Cadre réservé au Médecin

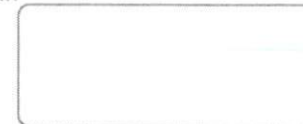
☐ **Optique**
 Cadre réservé à l'adhérent(e)

☐ **A**

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés :

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'at-
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

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 médecin 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 kinsithérapeute
- 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
VENTORIUM
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétées en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelonnées
le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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 905204

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **CHBOURK TAREK**
Matricule : **12808** Fonction : **DIRECTEUR** Poste : **2105**
Adresse : **Amr 2, r. 40, 812 Dm, 1^{er} MERS SULTAN**
Tél : **0661238977** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **CHBOURK Nehdi** Age **08**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **Vice de Refraction**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A **Casa** le **24.02.2020** Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

905204

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
24/02/2020	Examen + 12 odontométrique Examen postural Fond d'oeil		3000H 3000H	Dr. Sabah BERRADA Ophthémodontologue 223, Bd. Abdelmoumen - CASABLANCA Tél: 05 22 20 66 51 / 05 22 20 67 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAIB 154, Bd. Oued Daoura El Azhari II Casablanca - Tél: 05 22 25 49 25 / 05 22 25 49 25	24/02/20	84,00
PHARMACIE SAIB 154, Bd. Oued Daoura El Azhari II Casablanca - Tél: 05 22 25 49 25 / 05 22 25 49 25	24/02/20	119,50

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
		AM	PC	IM	IV	
	17/03/2020					3510

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANT DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B					MONTANT DES SOINS
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																								
				DATE DE L'EXECUTION																								

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Sabah Berrada Kabbaj

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux

Strabismes - Posturologie

Ancien médecin des Hôpitaux Universitaires

Diplômée de l'université de Toulouse et de Nantes

223, Bd. Abdelmoumen Résidence

Réda Abdelmoumen Angle Institut Pasteur

2^{ème} étage N° 9 - Casablanca

Tél.: 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

sabah.berrada @laposte.net



الدكتورة صباح براءة قباچ

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الحول - علم قوام الجسم

طبيبة سابقا بالمستشفيات الجامعية

خريجة كلية الطب بتولوز و نانت

223، شارع عبد المومن إقامة

رضى عبد المومن زاوية معهد باستور

الطابق الثاني رقم 9 - الدار البيضاء

لهاتف : 05 22 20 67 71 / 05 22 20 86 51

Casablanca le 24/02/2020

CHBOURK Mehoh

lunette :

OD = + 0,75

OC = + 1,00

Prismes à incorporer
à base supéro-externes

OD = 2d à 125°

OC = 1d à 55°

+

Dr. Sabah BERRADA KABBAJ
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdelmoumen - CASA
Tél: 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

Docteur Sabah Berrada Kabbaj

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux

Strabismes - Posturologie

Ancien médecin des Hôpitaux Universitaires

Diplômée de l'université de Toulouse et de Nantes

223, Bd. Abdelmoumen Résidence

Réda Abdelmoumen Angle Institut Pasteur

2^{ème} étage N° 9 - Casablanca

Tél.: 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

sabah.berrada @laposte.net



الدكتورة صباح برادة قباچ

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الحول - علم قوام الجسم

طبيبة سابقا بالمستشفيات الجامعية

خريجة كلية الطب بتولوز و نانٹ

223، شارع عبد المومن إقامة

رضى عبد المومن زاوية معهد باستور

الطابق الثاني رقم 9 - الدار البيضاء

هاتف : 05 22 20 67 71 / 05 22 20 86 51

Casablanca le

24/02/2020

CHBOURIK

Dr. Sabah BERRADA KABBAG
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 20 86 51 / 0522 20 67 71

1) Physiodr
3595 pour lavage
des yeux

2) Mucabak : 1 fl

84,00 gte x 3 / x 1 mes
119,50

3) L800 Stamen Spray
pulverisé

PHARMACIE SAIB
Zakaria SAIB
Docteur en Pharmacie
154, Bd. Oued Daoura El Azhar II
Casablanca - Tél: 95 22 91 16 54

Dr. Sabah BERRADA KABBAG
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdelmoumen - CASA
Tél.: 0522 20 86 51 / 0522 20 67 71

PHARMACIE SAIB
50, Rue Al Foul - Casablanca
Tél.: 05 22 25 49 25
R.C.: 12 509 - Pte.: 35873067
N°: 40436642

PHARMACIE SAIB
Docteur en Pharmacie
54, Bd. Oued Daoura El Azhar II
Casablanca - Tél: 95 22 91 16 54

KRYS opticien



095017083

FACTURE : CHBOURK MEHDI

17/03/2020

DESIGNATION

QTE

PRIX

MONTURE OPTIQUE

1

1010.00 DHS

VERRES ORGANIQUES AMINCI

2

2500.00 DHS

TOTAL :

3510.00 DHS TTC

FACTURE ARRETEE A LA SOMME : TROIS MILLE CINQ CENT DIX DHS TTC

ANFAPLACE VISION ANFAPLACE MALL Bd la corniche 20000 Casablanca Tel: 0522796469 Mail: Krysanfa@gmail.com
RC.232839 PATENTE.36393452 IF.40259283 CNSS.8690738ICE : 000166846000032