

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19-058699

ND: 47862

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1504 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELALLAL Fatima

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° P19-058699

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 :

- = 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 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.

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 échelonnées 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



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

503148

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL ALLA LI FATIHA
Matricule : 01506 Fonction : Sand Poste :
Adresse : Dhar Lamhalla Lot Beust Elmagdis Rue EL Koraifap
Tél : 06 51 17 09 61 Signature Adhérent : 5379

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ELAUALI FATIHA Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 29 SEP. 2020
Nature de la maladie : BRONCHITE
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Qujda le 29 SEP. 2020
Durée d'utilisation 3 mois




ICE:001634501000078

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
9 SEP. 2020	1 Cg	1	200 dh	<p>الدكتور الشيباني مصطفى</p> <p>Dr CHIBANI Mostafa</p> <p>PNEUMOLOGUE</p> <p>2 rue Al Qods OUJDA</p> <p>Tel. 0536 68 94 30 GSM: 08 80 74 58 59</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29 sept 2020	23730 N° INP 082053199

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>الدكتور الشيباني مصطفى</p> <p>Dr CHIBANI Mostafa</p> <p>PNEUMOLOGUE</p> <p>2 rue Al Qods OUJDA</p> <p>Tel. 0536 68 94 30 GSM: 06 60 74 58 59</p>	<p>29 SEP 2020</p>	<p>100 dh.</p>	<p>الدكتور الشيباني مصطفى</p> <p>Dr CHIBANI Mostafa</p> <p>PNEUMOLOGUE</p> <p>2 rue Al Qods OUJDA</p> <p>Tel. 0536 68 94 30 GSM: 06 60 74 58 59</p>

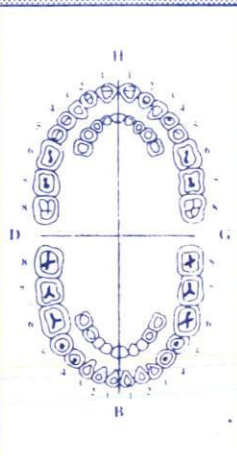
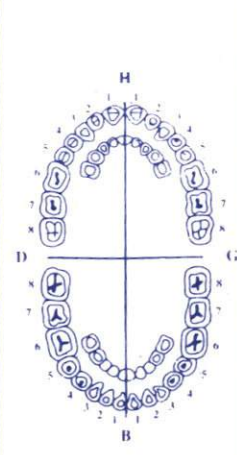
AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Docteur Mostafa CHIBANI

(Ben Brahim)

**Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie**



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن براهيم)

**اختصاصي
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السل - الحساسية**

Oujda, le **29 SEP. 2020** في وجدة

EL ALLALI FATIMA

PHARMA3 LOT : 8391
UT.AV : 02-23
PPV : 36DH40

11100 ① ERAXIN 500 mg (bt 7)

2ip x 7j

3640 ② KOPREN 20 mg

2ip dans 1 verre d'eau 1j
après repas x 5j

9050 ③ ICAM 5 mg (bt 28)

1ip le soir x 28j

22-24 Rue Zoubeir ibnou
El Aouam 2000 Casablanca
P.P.V. : 111.00
PER :



الدكتور مصطفى الشيباني
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2 rue Al Qods OUJDA
Tél. 0536 88 94 30 GSM: 06 60 74 58 59

Lot n° :
EXP :
PPV :

Docteur Mostafa CHIBANI

(Ben Brahim)

**Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie**



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن ابراهيم)

**اختصاصي
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السل - الحساسية**

Oujda, le 2.9 SEP. 2020 وجدة، في

ELALLALI FATIHA.....

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE FACE

- Silhouette Cardiaque Normal
- Cul Sac Pleuraux Libres
- Parenchyme Pulmonaire Normale
- Silhouette Mediastinale Normale

C/C : RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE FACE NORMALE

الدكتور مصطفى الشيباني
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2 rue Al Qods Oujda
Tél. 0536 68 94 30 GSM: 08 60 74 58 59

Docteur Mostafa CHIBANI

(Ben Brahim)

**Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie**



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن ابراهيم)

**اختصاصي
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السيل - الحساسية**

Oujda, le **29 SEP. 2020** وجدة، في

ELALLALI FATIHA

Facture

ICE : 001634501000078

Consultation	200	Oui	9
		Non	
Radiographie Pulmonaire	150	Oui	9
		Non	
Radiographie du Crâne	150	Non	9
		Oui	
Teste Cutanés d'Allergies	300	Non	9
		Oui	
Exploration Fonctionnelle Respiratoire	300	Non	9
Total			300 dh

الدكتور مصطفى الشيباني
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2 rue Al Qods Oujda
Tél. 0536 68 94 30 GSM: 06 60 74 58 59

Docteur Mostafa CHIBANI

(Ben Brahim)

**Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie**



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن براهيم)

**اختصاصي
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السل - الحساسية**

Oujda, le 29 SEP. 2020

EL ALLALI FATIMA

PHARMAS
LOT : 8391
UT.AV : 02-23
PPV : 36DH40

11,100
① ERAXIN 500 mg (bt 7)
1 cp x 7 jrs

22-24 Rue Zoubeir ibnou
El Aouam 2000 Casablanca
PP LO P.P.V: 111.00
PEK :

36,40
② KOPRED 20 mg
2 cp dans 1 verre d'eau 1 fois
après repas x 5 jrs

90,50
③ ICAM 5 mg (bt 28)
1 cp le soir x 28 jrs



الدكتور مصطفى الشيباني
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2 rue Al Qods OUJDA
Tél. 0536 68 94 30 GSM: 06 60 74 58 59

Lot n° :
EXP :
PPV :

90,50