

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 10081

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RATBAOUI EL NAHIS OUB

Date de naissance :

03/05/1963

Adresse :

18 Rue 82 Farida 4 Al Madina
Casablanca

Tél. : 0661 91 360

Total des frais engagés : 345,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 03/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

S

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- S = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
S = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
IPSY = 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 courant et de petite chirurgie
= Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relèvent 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux 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

En cas 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 : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2657 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1567704

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RATBA ou EL MANJOUR

Matricule : 10081 Fonction : secrétaire Poste : 2613

Adresse :

Tél. : 0661 91 53 60 Signature Adhérent : RJS

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MAJAT EL GARAT Age : 111111

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 03/02/1980

Nature de la maladie : Tym du pied

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

à Domicile

A

le 03/02/1980 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

DR MUPRAS CASABLANCA
DRAZIA AL ALAMI

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
03		2	400	
02				
7/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TADDEUSSA JADOURI 10 FILALI GRENNOUN Btissan 225, Boulevard Al Joufane Sétifia 2 - Casablanca Tél: 05-21-38-01-47 ICE : 002115854000093	03/02/2020	193,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	08/01/2015		12.000

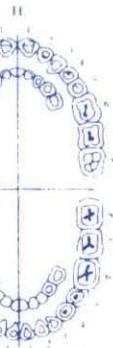
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'arc pratiqué et indiquer 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																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANT DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">21433552</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle; font-size: 2em;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"> </td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	G	D	00000000	00000000		B	00000000	00000000			35533411	11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552	G																	
D	00000000	00000000																		
B	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
				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'EXÉCUTION



Casablanca, le :

٢٣/٢/٢٠٢٢

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

76,20

Voltaren SR H

SR H



Barcode

6 1118001 030408
VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76,20 DH



30,00

Ixanol.

1 - 1 - 1

86,90

FPT 6

193,10

م.ل.م



PHARMACIE FARMACEUTIQUE
Mme FILALI GUÉDIRA
224 Boulevard Al Jourda
Salaia 2 - Casablanca
Tél: 05 22 38 01 47
ICE : 00211585400001

Cachet et Signature





Casablanca, le : 03/02/2020

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

Marie Najat El Guédira

Dr.Amine EL ALAMI
MEDECIN
Hôpital Ben M'sik Casablanca

Rx du Prof < E
3/4

Dr.Amine EL ALAMI
MEDECIN
Hôpital Ben M'sik Casablanca

Cachet et Signature

RATBAUI et Melijoub

Déclaration sur l'honneur

je déclare sur l'honneur que ma femme
ELGARAA Najat a fait une chute de son pied
à la maison en faisant le ménage.

Digne
ELTRahjoub
RATB Aoui





SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

N° SAU : 6833 Date : 08-08-20

Nom et Prénom : Aïcha Heure :

Cause de l'Urgence : Grippe

- AVP

- Violence

- Imprudence

- Maladie

- Brûlures

- Accident de travail

- Accouchement

Rx du pied



3141

215

- Fausse Couche

- Hémorragie



Flexer IM

1/Voltmire (SRT)

V → V

if $I_P \approx 20$
Mg

DR. AMBINE EI ALAM
MEDICAL CLINIC
SILK CASHMIRE
BOARDING & BREAKFAST

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Reçu de M

La somme de

Quittance

N° 217903

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
215		105
Total		105

Cachet du Service

Le 03/01/2020

Signature du
Régisseur

J

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Quittance

Reçu de M.

La somme de

No 217899

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
cl		
Total		

Cachet du Service

Le 03/01/2006

Signature du
Régisseur