

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.

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° P19- 0040605

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10081 Société : R A T T Poste 2619

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RATBAOUI EL RAHES OUB

Date de naissance : 03/05/1963

Adresse : 18 Rue El Youssef Y. A. B. Djennan Casablanca

Tél. : 0661 91360 Total des frais engagés : 345,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NASAT EL GARAB Age : 3 ans

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 : 03 / 02 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 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
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ans 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 évenir 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 / 26 57 / 28 83
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 : RATBAO EL MAHJOUR
Matricule : 10081 Fonction : eduky Poste : 2613
Adresse : _____
Tél. : 0661 915360 Signature Adhérent : Ru

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MAJAT EL GARA Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 03/02/2020
Nature de la maladie : Tuy du pied
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances à l'arrivée
A _____ le 03/02/2020 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

DR. AMINE EL ALAMI
MEDECIN M.S.M. Casablanca

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
03/02/2020			4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADIA CASABLANCA Mme FILALI GUENNOUN Houssein 225, Boulevard Al Joulane Salmia 2, Casablanca Tél: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000099	03/02/2020	193,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/02/2020		112,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																								
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</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'EXECUTION



Casablanca, le :

03/02/2022

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

76120
1/ Voltaren SR 75
101



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

30,00
2/ Ixanon 1-1-1

LPT 191432
EXP 06 2021
FPV 30 00

86,90
3/ Iph'lo

0264 86,90
PPV 86,90

193,10

2/ 1145

PHARMACIE FILALI GUENNA

Mme FILALI GUENNA

224 Boulevard el Joulani

Saint la 2 - Casablanca

Tél: 05 22 38 01 47

ICE: 0021153540000



DR. ANNOUNI
Hôpital

Cachet et Signature



Casablanca, le : 03/02/2020

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

Mme Najat El

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

Rx du Pied L 3/4

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

Cachet et Signature

RAÏBAOUI El Mahjoub

N° 10081

Déclaration sur l'honneur

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

Signé
El Mahjoub
RAÏBAOUI





SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

N° SAU :

6833

Date :

03 - 02 - 20

Nom et Prénom :

W. J. A. S.

Heure :

Cause de l'Urgence :

G. A. R. R. A.

- AVP

- Violence

- Imprudence

Rx du pied

- Maladie

- Brûlures

- Accident de travail

3/4
215

- Accouchement

- Fausse Couche

- Hémorragie

Flexer IM

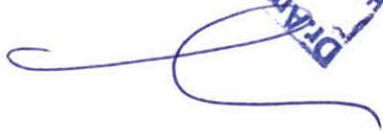
Dr. Amine EL ALAM
MEDECIN
Hôpital Préfectoral de Ben M'Sik

1/ voltuiri (RT)

$\lambda \rightarrow \lambda$

q I_p sm - 20
Mg

DRAMINE EL ALAMI
MEDICIN
Hôpital R. - SIK Casablanca



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

Quittance

Hôpital Préfectoral Ben M'sik

N° 217903

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
715		112,5
Total		112,5

Cachet du Service

Le 03/01/2020

Signature du
Régisseur

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

Quittance

N° 217899

Reçu de M. *BOUABLA*

La somme de *deux ar*

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
<i>cf</i>		<i>100</i>
Total		<i>100</i>

Cachet du Service

Le *23/12/20*

Signature du
Régisseur