

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- 060275

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1672 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Vieux Driss

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.38.67.89.15 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 : 18 FEV. 2020

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° P19-060275

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	SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

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 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

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

C. Moussir

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 N° 0393841

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Nenne Driss Jedid*
Matricule : *1672* Fonction : *retraite* Poste : *Fès*
Adresse : *192 Hay Mohamed. Sghat Fès*
Tél. : *CC 38.67.89.15* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : *Général*
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A *in* le *06/06/15* Signature et cachet du médecin : *[Signature]*
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 393841
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



MUPRAS

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
04-02-2013	Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédie		2500,00	Dr. Zouhair TAOUIL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
M. LEHARRI RADIOLOGUE Clinique Al Kawtar - FES 05 35 61 25 62/06 63 02 80 24	10-02-2013	120	2500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

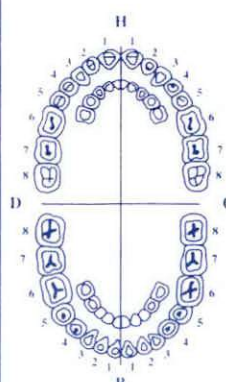
VOLET ADHERENT

* 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.

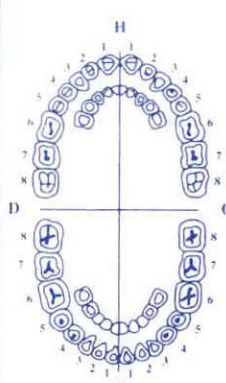
SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H	
	25533412	21433552
	D	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	
	(Création, remont, adjonction)	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. Zouhair TAOUIL

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Adulte et Enfant

Attestation de Formation Spécialisée Approfondie
en Traumatologie - Orthopédie de

la Faculté de Médecine Amiens - France
Diplôme interuniversitaire en Traumatologie du Sport de
la Faculté de Médecine Strasbourg - France

Ancien Médecin des hôpitaux de France
Ancien Médecin à l'hôpital universitaire Hassan II - FES

Chirurgie Traumatologique - Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie de la Main - Chirurgie de la Hanche
Chirurgie du Genou
Chirurgie de la colonne vertébrale - Arthroscopie

Traumatologie du Sport

Fès, le : 04/22/20

Hm Najat Boulanour

Diagnostic : Goutte de l'orteil en
en mouvement exterieur

Indication : S. RM du genou

Dr. Zouhair TAOUIL
Spécialiste en Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Av. Mohamed V Résidence Salma II
N° 34 1er étage - 4 - Fès
Tél/Fax : 05 35 94 19 17 - GSM 06 10 28 13 85

الدكتور زهير التاويل

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
الكبار والصغار

شهادة التكوين التخصصي المعمقة في جراحة العظام والمفاصل
بكلية الطب بأميان - فرنسا
دبلوم جامعي في علاج الإصابات الرياضية بكلية الطب بستراسبورغ - فرنسا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس

جراحة الكسر وترميم العظام - جراحة الروماتيزم - جراحة اليد
جراحة الورك - جراحة الركبة - جراحة العمود الفقري
الكشف بالكاميرا للمفاصل

الطب الرياضي
فاس، في :

Dr. M. LEMHADRI
— RADIOLOGUE —
FES
Clinique N. Kattar - 06 06 81
Tél : 06 38 33 33 33



CLINIQUE AL KAWTAR

Toutes SPÉCIALITÉS


CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

Facture N° 1919/2020

Nom & Prénom : BOULANOUAR NAJAT

Date d'examen : 10/02/2020

Examen(s)	
IRM genou droit	
2500 DH	

2500 DH	
	
Montant TOTAL	2500 DH
REGLEMENT : ESPECES	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE CINQ CENTS DH

Clinique Al kawtar Av.
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzar Fès
Tél : 035 61 19 00 – Fax : 035 61 19 01 – GSM : 061 13 47 03 – E-mail :
CNSS : 7485627 - PATENTE : 13013206 - IF : 04503162 - ICE : 001637627000066 INP : 140006610
cliniquealkawtar@menara.ma
URGENCE 24/24
05 35 61 19 00



Dr Mustapha LEMHADRI

Spécialiste en Radiologie

Lauréat de la Faculté de Nancy et du CHU de Casablanca

Le : 10/02/2020

Patient : BOULANOUAR NAJAT

Médecin traitant : DR TAOUIL

IRM GENOU DROIT

Cher Confrère,

Je vous remercie de votre confiance en m'adressant BOULANOUAR NAJAT pour un(e) IRM genou droit. Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu.

Technique :

- Coupes dans le plan sagittal en séquence T1.
- Coupes dans les trois plans de l'espace en séquence densité protonique avec saturation de graisse.

Compte rendu :

- Présence d'un pincement de l'interligne articulaire fémoro tibial interne associé à un amincissement de cartilage d'encroûtement articulaire.
- Respect des ligaments collatéraux antérieur et postérieur.
- Respect des ligaments latéraux.
- Respect de l'appareil extenseur du genou.
- Absence d'anomalie de signal osseux.
- Les deux ménisques sont de morphologie normale, ils sont le siège d'une anomalie de signal intra méniscal en hyper signal densité T2 respectant les surfaces méniscales.
- Absence d'anomalie du compartiment musculaire ou des parties molles.
- A noter un épanchement articulaire de faible abondance.

Conclusion :

- Arthrose fémoro tibiale interne avec signes de méniscose dégénérative bilatérale et épanchement articulaire de faible abondance.
- Absence d'autre anomalie ménisco ligamentaire.

Confirmer par :

Dr. M. LEMHADRI
— RADILOGUE —
Tél : 05 35 61 18 80
Fax : 05 35 61 18 81
Urgences 24/24 : 05 35 61 19 00



CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS

IRM 1.5T Scanner 16 Barettes :: Echographie 4D-doppler Couleur :: Mammographie Numérisée :: Radiographie Numérisée

CLINIQUE AL KAWTAR : AV. Md EL Fassi, Rte. Immouzer - FES

Tél : 05 35 61 18 80 :: Fax: 05 35 61 18 81 :: Urgences 24/24 : 05 35 61 19 00