

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 047916

105-28588

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4559 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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° P19-047916

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 :

- | | | | |
|------|--|-----|--|
| S | = Consultation au Cabinet du médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SF | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| NPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| N | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| D | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| D | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| C | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | R-Z | = Electro - Radiologie |
| | = Actes de chirurgie et de spécialistes | 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

N° 303400

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SILLARE ABDELLATIF
Matricule : 4559 Fonction RETRAITE Poste :
Adresse LOTISSEMENT ENNOUR RUE 12 N°7 H. HASSANI
Tél. : 0660903027 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SILLARE KALTOUM Age 05 07 60
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 28/02/2020
Nature de la maladie : Hypertension
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A un le 28 de 2020 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 303400

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
28/02/2020	C		15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMLALI °83, Angle des Rues 11 et 1 Sid El Khadir Tél : 05.22.89.62.93	28/02/2020	133,00
	09/03/2020	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28.02.2020	2x3	130,00

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 canalair ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR Hind BENCHEIKH

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale

Échographie, E.C.G Nutrition

Médecin Agrée par le Ministère de la Santé

Visite Médicale de Permis de Conduire



الدكتورة هند بن الشيخ

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى، تخطيط القلب، التغذية

طبية معتمدة من طرف وزارة الصحة

الفحص الطبي لخاصة السياقة

PHARMACIE SEMLALI

Casablanca, le 28/02/2020 في الدار البيضاء،
n°83, Angle des Rues 11 et 1:
Sidi El Khadir

Tel: 05.22.89.62.93

SILLARE K RTOM

110,10

- Evox 500 mg cp

17h,40 1 cp / 12h

- Déphazac 300 mg

2 cp / 12h

79,50 Enronex 500 mg

69,00 Bigfen Alent 500 mg

h 33,00



ORDONNANCE

Le 09/03/2020

SUMME KARTON

1 hhr 30

- I 50 x 200

ngel, and

- Myobexal
Lypa

3700

12.00

OMIZ 200

18/11/20

PHARMACIE SEMLA
n° 83, Angle des Rues 11 et 12
834 El Khadir
Tél: 05.22.89.62.93

Hind BENCHEIK
In: Générale : Echographie, Urgence, ECG
Cent: Visite Médicale / Permis de Conduire
Rue 16 N° 19 RDC 834 El Khadir
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 91 53 02

Signature

4200

P.P.V :

LOT :

EXP :

38100

4200

LOT 19007
PER 09/22
PPV 1440H30

14430



Casablanca, le 28/02/2020

IF : 2221555

Facture N° 878/02/2020

Nom patient : SILLARE KALTOUM

Examen(s) réalisé(s) : RX THORAX FACE

Date Examen(s) : 28/02/2020

Montant : 130 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
CENT TRENTE DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI
Immeuble communal Route
Route d'Azemmour Sidi Abderrahmane Cas:
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax: 05 22 93 37 13
Pantente: 35 00 38 66 - TVA: 73 39 10 - ICE: 001686337000022

10, Imm. Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

28/02/2020

PATIENT : Mme.SILLARE KALTOUM
MEDECIN TRAITANT : DR HIND BENCHEIKH
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX THORAX FACE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx THORAX FACE

- ❖ Silhouette cardio-médiastinale d'allure normale.
- ❖ Absence d'anomalie hilaire.
- ❖ Epaississement bronchique basal, para cardiaque droit.
- ❖ Culs de sac pleuraux libres.

AU TOTAL**Bronchopathie.**

Confraternellement

DR N.FARIS

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE