

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 058633

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6640 Société : 5538

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAÏB

Date de naissance : 25/01/1960

Adresse :

Tél. : 0540 312716

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 : 14/01/2021

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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM
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 échelons
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 se présenter 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 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1583568

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAÏB
Matricule : 6640 Fonction : CDB Poste : Retraité
Adresse : Rue 39, N° 45/47, LAYMOUNTI CASA
Tél. : 0640312716 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TOURBY BOUCHAÏB Age 26 | 01 | 60
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Vertige
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 12 / 11 / 20 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

1583568

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/11/2020 | CP | | 300,15 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| HARIRAGIE LAIMOUCHE SARL AU 66, Lot. Allaymouche Lissasfa ablanca - Tél.: 05 22 90 94 94 1781 - TR 36293297 - IF: 2482186 CE: 001850225000089 | 12/11/2020 | 3 381,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | 12/11/2020 | | | | | 40,76 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000271494 / H0119004512

Prénom : Bouchaib

Nom : TOURBY

DDN : 26/01/1960 E: 12/11/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

51.00

1) Targemil 800

1 cpx 2/3 pelt 14 js

29.00

2) Nausel

1 cpx 3 js

144.50

3) Euzel 20

1 cpx 3 pelt 01 mo's

89.00

4) Nargues aub 4 sup
1 cpx 3 pelt

144.50

24.70

5) Toraxetas

1/2 p le soir pelt



338.20

GOÛT CITRON - SANS SUCRE

300 mg

ADDITIVA
MAGNESIUM

89.00 DH

Mr. SPay to RL

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 111 505 / 2020 du 12/11/2020

Nom patient : **TOURBY BOUCHAIB**

Entrée 12/11/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/11/2020

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|---------------|---------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| - Consultation exclusive d'urgences hors déchocage | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 300,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 70,76 | 70,76 |
| | | | Sous-Total | 70,76 |
| Total Frais Clinique | | | | 370,76 |

| | |
|---|---------------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | |
| TROIS CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS SOIXANTE-SEIZE CENTIMES | Total 370,76 |
| | |

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| | 370,76 | | | | 370,76 | 0,00 |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: info@hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2011120712387210 / 1 / 520 209

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|-----------------|-------------------|
| 2000271494 | TOURBY BOUCHAIB | 12/11/2020 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| Espèce | | 370,76 |
| PAYANT | Total payé | 370,76 |
| TROIS CENT SOIXANTE-DIX | | |

Reçu établi par : ANA.ELMA


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
mail : contact@cdm.ma

LISTE DES PRODUITS CONSOMMES PAR LE PATIENT

14-01-2021

TOURBY BOUCHAIB

2000271494

| Date | Produit | N° BS : | QtéB | QtéU | Prix Vente | Montant | PS Fournisseur | |
|---------------------------|-------------------------------------|---------|----------|----------|------------|--------------|----------------|---|
| 11/11/2020 | CLOPRAME 10mg Injecta (10) | 963243 | 0 | 1 | 1.39 | 1.39 | URGENCES | C |
| 11/11/2020 | CLOPRAME 10mg Injecta (10) | 963243 | 0 | 1 | 1.39 | 1.39 | URGENCES | C |
| 11/11/2020 | CLOPRAME 10mg Injecta (10) | 963244 | 0 | 1 | 1.39 | 1.39 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 0 | 3 | | 4.17 | | |
| 11/11/2020 | MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10) | 963243 | 0 | 1 | 7.87 | 7.87 | URGENCES | C |
| 11/11/2020 | MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10) | 963244 | 0 | 1 | 7.87 | 7.87 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 0 | 2 | | 15.74 | | |
| 11/11/2020 | OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01) | 963243 | 1 | 0 | 29.90 | 29.90 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 1 | 0 | | 29.90 | | |
| 11/11/2020 | COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5 | 963243 | 1 | 0 | 1.21 | 1.21 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 1 | 0 | | 1.21 | | |
| 11/11/2020 | CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (0 | 963244 | 1 | 0 | 13.10 | 13.10 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 1 | 0 | | 13.10 | | |
| 11/11/2020 | TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECB | 963243 | 1 | 0 | 0.55 | 0.55 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 1 | 0 | | 0.55 | | |
| 11/11/2020 | SERINGUE 10ML | 963243 | 1 | 0 | 0.84 | 0.84 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 1 | 0 | | 0.84 | | |
| 11/11/2020 | INTRANULE G 20 | 963243 | 1 | 0 | 1.82 | 1.82 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 1 | 0 | | 1.82 | | |
| 11/11/2020 | PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET | 963246 | 1 | 0 | 3.43 | 3.43 | URGENCES | C |
| | S/total Produit | | 1 | 0 | | 3.43 | | |
| Total consommation | | | | | | 70,76 | | |

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@hck.ma
 05 29 03 53 45