

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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° M20- 0000484

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00294 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : BARDID Fatma
 Date de naissance :
 Adresse : HABITUELLE
 Tél : Total des frais engagés : 256,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BARDID Fatma Age : 1969
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
Viste 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 au 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 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
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 : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 845286

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BAKID Thami
Matricule : 00294 Fonction : Retraité Poste :
Adresse : Habitude
Tél. : Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BAKID FATMA Age 22
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 22/01/2002
Nature de la maladie : Tendinite
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A _____, le _____ L _____
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. BOUAYAD J. [Signature]
Trésorier
Boulevard de la Liberté
Appartement 101
Casablanca
Tél : 0522 72045

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
26/09/2020		15	300	Dr. BOUAYAD Jabrane Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Bd. Oum Errabia Groupe Firdaous Appt. N°3 GH 1 Imm. 4, 1er Etage Casablanca - Tél: 0522 90 54 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2020	56,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/09/2020		

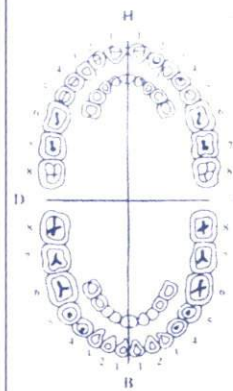
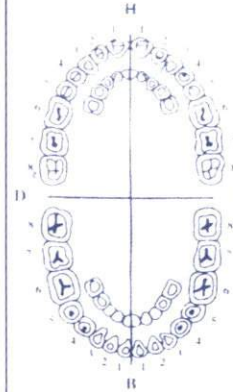
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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 de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car 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>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(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

Docteur Jabrane BOUAYAD

الدكتور بوعياذ جبران

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Chirurgie de la main et du genou

Chirurgie des Rhumatismes

Traumatologie du sport

Maladies de la Colonne vertébrale

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والركبة

جراحة الروماتيزم

الطب الرياضي

العمود الفقري

Casablanca, le

26 / 09 / 2012

Dr. BOUAYAD

56.60

[Signature]

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Bd. Oum Errabia Groupe Firdaous
Appt. N°3 GH 1 Imm. 4, 1^{er} Etage
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
S.P. 136 Bouskoura

O



PHARMACIE EL KHAIRI
Dr. Adil EL KHAIRI
49 Boulevard OUM EL KHAIRI EL KHAIRI EL KHAIRI EL KHAIRI
Casablanca - Tél: 05 22 90 64 83 - Fax: 05 22 90 13 64

إقامة الفردوس شارع أم الربيع عمارة 4 الطابق الأول شقة 3 الألفة

Tél : 0522 90 64 83 - Gsm : 06 61 88 50 89 - E-mail : bouayad jabrane@hotmail.fr

Bd Oum Errabia Group Firdaous - Appt N°3 GH 1 Imm 4 - 1er étage - Casablanca

Docteur Jabrane BOUAYAD

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Chirurgie de la main et du genou
Chirurgie des Rhumatismes
Traumatologie du sport
Maladies de la Colonne vertébrale

الدكتور بوعياذ جبران

جراحة العظام والمفاصل
جراحة اليد والركبة
جراحة الروماتيزم
الطب الرياضي
العمود الفقري

Casablanca, le

21/9/2020

BAKRIO FATMA

* Rx genou G.

* Compte Rendu de Rx
pour de l'ar
ostéoporose

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Bd. Oum Errabia Groupe Firdaous
Appt. N°3 GH 1 Imm. 4 - 1^{er} Etage
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83

إقامة الفردوس شارع أم الربيع عمارة 4 الطابق الأول شقة 3 الألفة

Tél : 0522 90 64 83 - Gsm : 06 61 88 50 89 - E-mail : bouayad.jabrane@hotmail.fr
Bd Oum Errabia Group Firdaous - Appt N°3 GH 1 Imm 4 - 1er étage - Casablanca

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en chirurgie
Traumatologique et orthopédique

Casablanca le 26/01/2020

RECU DE PAIEMENT 091047209

Je soussigné Docteur **Jabrane BOUAYAD** certifie avoir reçu de

Mr (Mme) BAKDJIA FATMA

la somme de 200 000

pour Casabla 200 000

Rx 200 000
Ufitec 300 000

Certificat délivré à l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.

Bd Oum Errabie groupe Firdaous - Appt N° 3 GH1 Imm. 4 - 1^{er} étage - Casablanca
Tél : 0522 90 64 83
Email : bouayad.jabrane@hotmail.fr

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Bd. Oum Errabie Groupe Firdaous
Appt. N°3 GH 1 Imm. 4 1^{er} Etage
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83