

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-572879

59412 Complémentaire

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 13168 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Fousi Abbes

Date de naissance : 07/10/1990

Adresse : 55, Impasse Ibnou Kati, Rez Amine B
ETA, Apt 15, Maarif, Casablanca

Tél. : 0668558881 Total des frais engagés : 1900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Alya Fousi

Age : 21 mois

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 : Casablanca

Le : 11/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-572879

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 : 13168

Nom de l'adhérent(e) : Fousi Abbes

Total des frais engagés : 1900 Dhs

Date de dépôt : 11/02/2021

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférant qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être rétransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD - ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD - ALC 2 - pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.

 VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS		 VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.		Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.	
Matricule : 16094128		Matricule : 16094128	
N° RCAR :		N° RCAR :	
Nom et prénom de l'agent :		Nom et prénom de l'agent :	
Date de consultation :		Date de consultation :	
Total des Frais engagés :		Total des Frais engagés :	
Date de dépôt :		Date de dépôt :	
Exemplaire à conserver par l'agent.		Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt.	



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 6094128

☒ Agent en activité ☐ Agent en retraite

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecine de travail

REMPLEIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : Khamlach Soukaina

N° RCAR : MA103934 Matricule : 147630

N° CIN : MA103934

Adresse de l'agent : 1, Lok Khay

Ville : Azemmour

N° Tél. : 0673663614

Signature de l'agent

Soukaina

Casablanca 28/09/2019

REMPLEIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent ☐ Agent Retraité ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒

Nom et prénom du patient : Fouzi Alya

Date de naissance : 21/04/2019

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : Retard psychomotricien

Médecin traitant : N° INP : 09135430

DETAIL DES SOINS (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
18/09/2024			6	M

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Joindre facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

☒ Devis Nombre de séances : 28 Etabli le : 21/09/2022
☒ Facture Nombre de séances : 1 Etabli le : 23/09/2022

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
23/09/2020	1	7000ds	Keza EIMENYAR
Du 23/03/20 à 29/04/21	28	11 200ds	Psychomotricité Tel : 9823 24 40 79

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

Donner un certificat médical par 1800 - St. Psychomotricité

Dr. Maryem MEINCH Service Médical

0610.11.2021

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à conserver par l'agent



DR AFAF BENITTO
PEDIATRE – NEUROPEDIATRE

CACHET ET SIGNATURE

CASABLANCA LE 18/09/2020

L'ENFANT *Fouzi Alya*

NÉ(E) LE *28/05/12*

ET PRÉSENTANT *un déficit psychomoteur (enchaînement des*

postures)

NÉCESSITE:

☐ UNE RÉÉDUCATION EN **ORTHOPHONIE** AU RYTHME DE SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.

☒ UNE RÉÉDUCATION EN **PSYCHOMOTRICITÉ** AU RYTHME DE SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE *28* SÉANCES.

☐ UNE RÉÉDUCATION EN **KINÉSITHÉRAPIE** AU RYTHME DE SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.

☐ UNE RÉÉDUCATION EN **REMÉDIATION COGNITIVE** AU RYTHME DE SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.

☐ UNE PRISE EN CHARGE **PSYCHOLOGIQUE** AU RYTHME DE SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.

Kenza ELMENYAR
Psychomotricité
Tél : 0623 24 40 79

*Accusé
29 sep
Général
Psycho*

le 30.09.



RÈGLEMENT pour le _____ Conditions d'escompte pour paiement anticipé _____

En cas de retard de paiement, il sera appliqué des pénalités égales à trois fois le taux de l'intérêt légal ainsi qu'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 € (Code de Commerce - Article L441-6 / Décret n° 2012-1115 du 2 octobre 2012).

DETAIL DU DOSSIER

POLICE..... 0600995978
 N° MAT/RCAR..... H7630
 ADHERENT..... KHAMLACH SOUKAINA
 CERTIFICAT..... 58365
 LE PATIENT..... FOUSI ALYA
 CATEGORIE..... 01
 HANDICAPE O/N...
 LIEU HOSPIT.....
 VILLE HOSPIT.....

FEUILLE DE SOINS N°..... 18299649 X
 CONSULTATION MEDECIN DU 6/01/2021
 RECUE A LA COMPAGNIE LE... 12 / 01 / 2021
 NATURE DE LA MALADIE..... RÉÉD VISÉ
 FRAIS ENGAGES..... 11900,00
 SINISTRE N°..... 0019138799
 REGLE LE 20/01/2021
 MODE DE REGLEMENT..... PAR VIREMENT
 N° DE COMPTE 007176000642900030330973
 BANQUE / AGENCE
 VILLE.....

N° D'EMISSION du
 Date retour du règlement Date restitution Date réactivation

SORT. RVAC

CODE PRESTA	PRESTATION	NBR	COEF	FRAIS ENGAGES	MONTANT NON REMB.	REGIME DE BASE	REMB. COMPAGNIE	OBSERVATION
514	K.MEDICAL MEDECIN	1	36,00	700,00		648,00	52,00	
770	REEDUC.KINESITH "AMM"	28	1,00	11200,00		3360,00		

11 900,00 4 008,00 52,00

CORRESPONDANCES DOSSIER

RETOUR ECRAN PRECEDENT

ASSURANCE AL JADIDA
 Service Maladie
 Tel: 05 23 34 20 70