

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

ditions 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.

armacie :

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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 Meils 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 caractére 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

Nº M21- 064748

82068

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : fg07 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TIKAT OMAR

Date de naissance : 03-06-65

Adresse : Rue 66 N° 100 Agzari I

oulfa Casab

Tél. 06 61 08 71 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

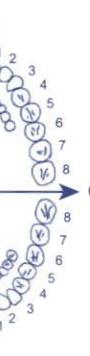
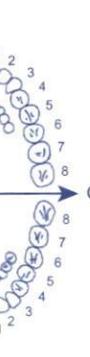
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000	B 35533411		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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)
 - Y = 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 courant 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 kinésithérapeute
 - 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

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES 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 revenir 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

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

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 722423

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TIKAT OMAR

Matricule : 7907 Fonction : _____ Poste : _____

Adresse : Rue 66 N° 100 Azhari I ouffa

Tél. : 0661.087715 Signature Adhérent : _____

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 : Neurologie G2a

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

ASSURÉ OMAR EL OTMANI
PROLOGUE Clinique Jemada
06 67 33 11 11 INP : 04 05 01 00 00

VOLET ADHERENT

DECLARATION

722423

Matricule N° : 7907

Nom du patient : TIKAT OMAR

Date de dépôt : _____

Montant engagé : _____

Nombre de pièces jointes : _____



RELEVE 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
207-2081	8	30000	Hicnam NEUROLOGUE EEG / EMG Clinique Ierada Quasis 1663-1234 INR : 01032021	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SA 54 Avenue Hassan II - Casablanca	12/07/21	1767.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur Hicham El OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Evoked : visuels, somesthésiques, auditifs
- Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
- Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

Casablanca, le

12/07/2021

Mme TIKAT Omar

٤٨٩.٥٥٣

SIFROL 1.05 LP

1 Comprimé le matin

TROIS MOIS

1767.00
 Professeur Hicham EL OTMANI
 NEUROLOGUE EEG / EMG
 CHAMPS DE L'OUAIS
 06 67 17 33 11
 INP : 091032391

مصحة جرادة الوازيس الدكتور هشام العثماني

اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
 استاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
 التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات
 التخطيط الكهربائي للرعاش
 المجهودات المثارة

الدار البيضاء، في



6 118001 040612
 SIFROL 1,05 mg
 (Pramipexole)
 Comprimé à libération prolongée
 Boîte de 30
 BOTTU S.A. PPV : 589 DH 00

30/07/2021



6 118001 040612
 SIFROL 1,05 mg
 (Pramipexole)
 Comprimé à libération prolongée
 Boîte de 30
 BOTTU S.A. PPV : 589 DH 00

30/07/2021



6 118001 040612
 SIFROL 1,05 mg
 (Pramipexole)
 Comprimé à libération prolongée
 Boîte de 30
 BOTTU S.A. PPV : 589 DH 00

30/07/2021

PHARMACIE SAIB SARL
 Bd. Oued Dacura Azhari 2
 N° 154 Oulfa - Casablanca

**CLINIQUE JERRADA
OASIS**

CASABLANCA Le : 12-07-2021

NOM DU PATIENT : M. TIKAT
OMAR
DATE DE NAISSANCE :
03/06/1965
CJO21G12121129



Reçu N°: 84489

Paiement du 12/07/2021 12h14

Actes	
Montant	300,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : EL KASRI SAMIR Le
12/07/2021 12h14

02/21	C. Débiteur				page 1/1
° Identifiant : 043322/21					
Organisme : Payant					
D. Période d'Hospitalisation					
Date Entrée : 12-07-2021					
Date Sortie : 12-07-2021					
Traitement :					
Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
				0,00	
	300,00			300,00	
				Total Rubrique :	300,00
					300,00
				TOTAL GENERAL	300,00

nisme de :

Cachet et Signature

Professeur Hicham ELOUTMANI
NEUROLOGUE / EEG / EMG
Clinique Jerrada Oujda
06 67 17 33 11
INP : 09113221