

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Sons 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3273 Société : 115350

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : EL BAAD HAFID

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 :

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC** Pathologie : .....

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.

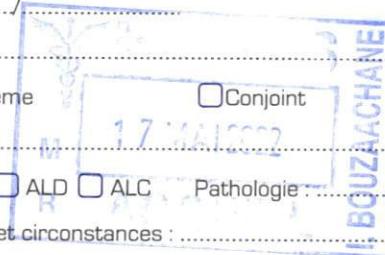
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

  
Le : .....

**Autorisation CNDP N° : AA-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
- = 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 enveloppe 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 EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 évenir 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 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

557653

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL BAID HAFID

Matricule : 3273 Fonction : Retraite Poste :

Adresse : N° 4 HAJ FATIMA - ALFA - CBS A

Tél. : 0661826830 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SAIDOUR RACHID Age : 50

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Diabète + HTA + VIT D3 (dialyse) Perte auditive

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

A : CASA le 19/12/2012 Signature et cachet du médecin : Dr. Khaleda Khouja

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 557653

Matricule N° : 3273

Nom du patient : ZABARIA BOUKHAR

Date de dépôt : 18/01/2012

Montant : 18.000

Nombre de pièces jointes :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Achete du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JNANE LOUZ Dr. MUKHTAR ADD AMINA N° 4 Imm. 7 Puled AZ Mégarah 2 NPE: 02	23/03/22	1351,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	20/03/2000	2000 2000	100,-

**HASSANI** M. F. 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 can ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

# Docteur Khadija KOUNKOUR

MEDECINE GENERALE

Echographie Multidisciplinaire

PHARMACIE JNANE LOUZ  
Dr. MUKHAD AMINA  
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21I27D  
EXP: 09/2023

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21I27D  
EXP: 09/2023

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21I27D  
EXP: 09/2023

Casablanca , le 23/03/22

SABOUR

56,30 x 3

(+)

Dane Ap

AAplse

AUG,50 x 5

(+)

Curefle

24h/15

Docteur Khadija KOUNKOUR  
Bd. Oum Rabia N° 574 App. 1 Wifaq 1 (Firara)  
Hay El Oulfa - Hay El Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 49 74

شارع أم الربيع رقم 574 الشقة 1 - حي الوفاق 1 (فرارة) حي الألفة (أمام نهاية الحافلات 50) طريق روضة الرحمة  
Bd. Oum Rabia - N° 574 Appt. 1 - Wifaq 1 (Firara) - Hay El Oulfa (en face du Terminus 50)  
Route du Cimetière Rahma - Casablanca - Tél. : 05 22 91.49.74 الدار البيضاء . الهاتف :

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

UT506  
09/2024

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

UT506  
09/2024

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

UT671  
11/2024

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

UT671  
11/2024

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

UT506  
09/2024

78,70

(+)

Dia

78,70

18,00

PPV 130 H 00  
PER 01/12/25  
LOT L077

18,00 x 5

PPV 130 H 00  
PER 01/12/25  
LOT L399

(+)

Dia pum

18,00

18,00  
OPV 130 H 00  
PER 11/12/24  
L074

18,00

PPV 130 H 00  
PER 01/12/25  
LOT L073

PHARMACIE JNANE LOUZI  
DR. MUKHAD AMINA  
N° 4 Imm. 7 Ouled Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca

79,90 x 3

(+)

NATRIAM x AM

14011124  
6 118001 130184  
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV: 79,90 DH

14011124  
6 118001 130184  
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV: 79,90 DH

14011042  
6 118001 130184  
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV: 79,90 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

(+)

Dorothy 14/36  
Boulevard Hassan II  
Hay El Oued  
Tel 05 22 94 49 14  
CASABLANCA

: 1351,60

Docteur Khadija KOUNKOUR

MEDECINE GENERALE

Echographie Multidisciplinaire

الدكتورة خديجة كنكور

الطب العام

إختصاصية في الفحص بالصدى (التلفزة)



Casablanca , le

19/03/22

T Nok x L

SA BOUR RHEUMATO

Rx de la Main D<sup>st</sup> et G

avec Infest

Docteur Khadija KOUNKOUR  
Bd Oum Rabia N° 574 Appart. 1 - Wifaq 1 (Firara)  
Hay El Oulfa (en face du Terminus 50)  
Tél. : 05 22 91 49 74 CASABLANCA

W J  
Mai

شارع أم الريبيع رقم 574 الشقة 1 - حي الوفاق 1 (فرارة) حي الألفة (أمام نهاية الحافلات 50) طريق روضة الرحمة  
Bd. Oum Rabia - N° 574 Appt. 1 - Wifaq 1 (Firara) - Hay El Oulfa (en face du Terminus 50)  
Route du Cimetière Rahma - Casablanca - Tél. : 05 22 91.49.74  
الدار البيضاء. الهاتف : 05 22 91.49.74



N° IPP : 731430	N° SEJOUR : 220008926	<b>FACTURE N° 2203002568</b>				DATE D'ENTREE : 21/03/2022 DATE DE SORTIE : 21/03/2022				
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : SABOR,Rachida		UF: 5003 RADIOLOGIE				SABOR,Rachida				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>	Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	TOTAUX :	300.00							300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
TROIS CENTS DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	300.00				AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 21/03/2022	EDITEE LE : 21/03/2022	PAR: NEJMI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT						
			BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
			N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49						

Casablanca, 21/03/22

**SERVICE DE RADIOLOGIE**

**IDENTITE PATIENT** : SABOUR RACHIDA

**EXAMEN DEMANDE PAR** :

**RADIOGRAPHIE 2 MAINS F/P**

**RESULTATS** :

- Pas d'anomalie des parties molles .
- Pincement des articulations inter phalangiennes .

DR LAHBABI  
MEDECIN RADIOLOGUE  
PHH CNSS

