

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.

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.

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.

Dentaire :

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 Mails 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 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° P19- 0014897

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05147 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL BAHI ISMAIL 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 : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014897

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date 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.

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSPY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = 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

- 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 où 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

D

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

501583

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ISMAÏL EL BAHIT
Matricule : 05147 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : BLOC 17 N° 802 C.C.I. H.H CASABLANCA
Tél. : 06 69 915121 Signature Adherent

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Delysse El Bahi Age 2019
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Fracture mandibulaire

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

Agression avec frapper sur la face

A Casablanca le 14/06/2015 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

D. SARRAYOUN
Sous Chirurgie
Max. 10-Faculté
Hôpital 29 Casablanca

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	
			•			

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td><td style="width: 50%;">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td><td style="border-top: 1px solid black;">G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
H	H												
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D	G												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">B</td><td style="width: 50%;">B</td></tr> </table>	B	B										
B	B												

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rendez-vous de EL BAHI ILYAS *SE*
né le 01/01/2000 (M)
pour la journée du jeudi 13/06/2019

D5

Seulement les rendez-vous du service

Date	Agenda	Commentaire
09:30 (30 mn)	RESIDENT (DR) SCE ANESTHÉSIE	maxilo faciale

Rendez-vous trouvés : 1

!!
CHU IBN ROCHD -
HOPITAL 20 AOUT 1953
Vous serez appele au -

REANIMATION!
Par le numero
013!

13/06/2019 - 09:10 -

HÔPITAL SANS TABAC -

Ministère de la Santé
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
20 Août 1953

Formation *El Bahlia Ilyasse*
Reçu de M : *El Bahlia Ilyasse*
La somme de *Cent*

N° 019847

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>Classement</i>	
Total	<i>Ja</i>

Le 13/06/19

Signature du
Régisseur et Cachet

C

FACTURE N° H 4271 / 2019

Facturé à : ILYASSE EL BAHI
côte de la cu bloc 17 n 802 h h
Casablanca

Hospitalisation
 Hôpital de jour
 Consultation

N°patient	N° SUP	Mode de règlement	NuméroPriseEnCharge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
18257		RAR			Normal

I- Hotellerie

Service	date de debut de séjour	date de fin de séjour	type de chambre	Tarif	Qte	Montant
MAXILLO FACIALE	16/06/2019	18/06/2019	Commune	100,00	2	200,00

Total Hotellerie : 200,00

II- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Montant
Traitement sanguin complet par ostéos		K ; KA ;	100 ; 40 ; 0	1	1	1400,00
Traitement sanguin complet par ostéos		K ; KA ;	100 ; 40 ; 0	0,75	1	1050,00

Total clinique : 2450,00

III- Honoriaires

Service	Prestations	QTE	Honoraire
MAXILLO FACIALE	Consultation Professeur	2	200,00

Total Honoraire : 200,00

IV- Pharmacie

Produit	service	qte	prix	Montant
PARACETAMOL 1 G INJ	MAXILLO FACIALE	3	9,95	29,85
BROMURE DE ROCURONIUM 10 MG INJ	BLOC ORL ANESTHESIE	1	243,96	24,40
ISOFLURANE 250 ML	BLOC ORL ANESTHESIE	0,3	454,75	136,43
PROPOFOL INJ	BLOC ORL ANESTHESIE	1	15,47	15,47
HYDROCORTISONE 100 MG INJ	BLOC ORL ANESTHESIE	1	12,84	12,84
METHLPREDNISONE 120 MG INJ	MAXILLO FACIALE	3	21,00	63,00
compresse stérile 7.5x7.5	MAXILLO FACIALE	5	214,47	7,40
PERFUSEUR AVEC LUEC LOCK	BLOC ORL ANESTHESIE	1	9,02	9,02
PERFUSEUR AVEC LUEC LOCK	MAXILLO FACIALE	3	9,02	27,07
SERINGUE JETABLE DE10 CC AVEC AIGU	BLOC ORL ANESTHESIE	2	0,48	0,96

FACTURE N° H 4271 / 2019

Facturé à : ILYASSE EL BAHI
cite de la cu bloc 17 n 802 h h
Casablanca

Hospitalisation Hôpital de jour Consultation

N° patient	N° SUP	Mode de règlement	NuméroPriseEnCharge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
18257		RAR			Normal
SERINGUE JETABLE DE10 CC AVEC AIGU			MAXILLO FACIALE	3	0,48
SERINGUE JETABLE DE 20 CC AVEC AIG			BLOC ORL ANESTHESIE	2	1,20
SERINGUE JETABLE DE 5 CC AVEC AIGUI			BLOC ORL ANESTHESIE	2	0,00
SPARADRAP NON PERFORE 0,07 X 5			MAXILLO FACIALE	1	21,40
GANTS DEXAMEN			MAXILLO FACIALE	3	33,48
GANTS DEXAMEN			BLOC ORL ANESTHESIE	4	33,48
INTRANULE G18			BLOC ORL ANESTHESIE	1	1,08
ELECTRODES AUTOCOLLANTES			BLOC ORL ANESTHESIE	4	1,08
					4,32

Total Pharmacie : 359,43

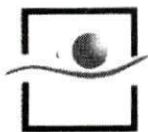
Total Facture	3209,43
Total Avance	750,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer	2459,43

Responsable du bureau de la facturation

2020/3

Arrêtée la présente facture le **mardi 25 juin 2019**au montant de : **deux mille quatre cent cinquante-neuf Dirhams et quarante-trois centimes**

RIB :310 780 100 302 400 411 030 135

FACTURE N° H 4271 / 2019

Facturé à ILYASSE EL BAHI

cite de la cu bloc 17 n 802 h h

Casablanca

Hospitalisation

Hôpital de jour

Consultation

N°patient	N° SUP	Mode de règlement	Numéro d'indigence	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
18257		PAYANT			Normal

I- Hotellerie

Service	date de debut de séjour	date de fin	type de chambre	Tarif	Qte	Montant
MAXILLO FACIALE	16/06/2019	18/06/2019	Commune	100,00	2	200,00

Total Hotellerie : 200,00

II- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Montant
Traitemet sanguin complet par ostéos		K ; KA ;	100 ; 40 ; 0	1	1	1400,00
Traitemet sanguin complet par ostéos		K ; KA ;	100 ; 40 ; 0	0,75	1	1050,00

Total clinique : 2450,00

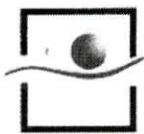
III- Honoriaires

Service	Prestations	QTE	Honoraire
MAXILLO FACIALE	Consultation Professeur	2	200,00

Total Honoraire : 200,00

IV- Pharmacie

Produit	service	qte	prix	Montant
PARACETAMOL 1 G INJ	MAXILLO FACIALE	3	9,95	29,85
BROMURE DE ROCURONIUM 10 MG INJ	BLOC ORL ANESTHESIE	1	243,96	24,40
ISOFLURANE 250 ML	BLOC ORL ANESTHESIE	0,3	454,75	136,43
PROPOFOL INJ	BLOC ORL ANESTHESIE	1	15,47	15,47
HYDROCORTISONE 100 MG INJ	BLOC ORL ANESTHESIE	1	12,84	12,84
METHLPREDNISONE 120 MG INJ	MAXILLO FACIALE	3	21,00	63,00
compresse stérile 7.5x7.5	MAXILLO FACIALE	5	214,47	7,40
PERFUSEUR AVEC LUEC LOCK	BLOC ORL ANESTHESIE	1	9,02	9,02
PERFUSEUR AVEC LUEC LOCK	MAXILLO FACIALE	3	9,02	27,07
SERINGUE JETABLE DE10 CC AVEC AIGU	BLOC ORL ANESTHESIE	2	0,48	0,96



FACTURE N° H 4271 / 2019

Facturé à ILYASSE EL BAHI

cite de la cu bloc 17 n 802 h h

Casablanca

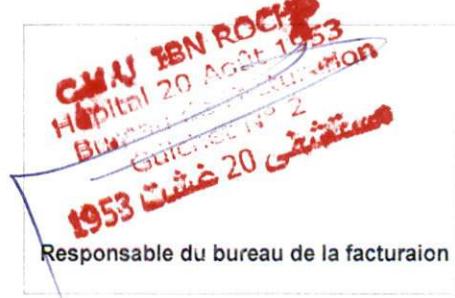
Hospitalisation
 Hôpital de jour
 Consultation

N°patient	N° SUP	Mode de règlement	Numéro d'indigence	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
18257		PAYANT			Normal

SERINGUE JETABLE DE 10 CC AVEC AIGU	MAXILLO FACIALE	3	0,48	1,44
SERINGUE JETABLE DE 20 CC AVEC AIG	BLOC ORL ANESTHESIE	2	1,20	2,40
SERINGUE JETABLE DE 5 CC AVEC AIGUI	BLOC ORL ANESTHESIE	2	0,00	0,01
SPARADRAP NON PERFORE 0,07 X 5	MAXILLO FACIALE	1	21,40	21,40
GANTS DEXAMEN	MAXILLO FACIALE	3	33,48	1,00
GANTS DEXAMEN	BLOC ORL ANESTHESIE	4	33,48	1,34
INTRANULE G18	BLOC ORL ANESTHESIE	1	1,08	1,08
ELECTRODES AUTOCOLLANTES	BLOC ORL ANESTHESIE	4	1,08	4,32

Total Pharmacie : 359,43

Total Facture	3209,43
Total Avance	,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer	3209,43



Arrêtée la présente facture le lundi 1 juillet 2019

au montant de : trois mille deux cent neuf Dirhams et quarante-deux centimes

RIB : 310 780 100 302 400 411 030 135

Ministère de la Santé
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Formation : *ILYASSE EL BAHI*
Reçu de M : *ILYASSE EL BAHI*
La somme de : *trois mille deux cent neuf 43*

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>ILYASSE EL BAHI</i>	<i>trois mille deux cent neuf 43</i>
<i>18257</i>	<i>NS 18257</i>
Total <i>3209,43</i>	

Quittance
20 Août 1953
N° 021703

Le : *01-07-19*
Signature du
Régisseur et Cachet

CHU IBN ROCHD
Hôpital 20 Août 1953
Bureau de la facturation
Guichet n° 2
1953 غشت 20