

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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0041687

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAOU MouLoud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667 132630 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : FADIL FATIM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

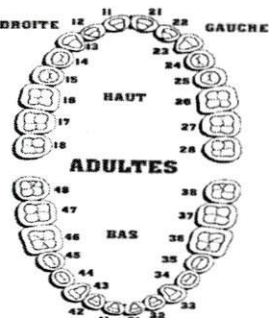
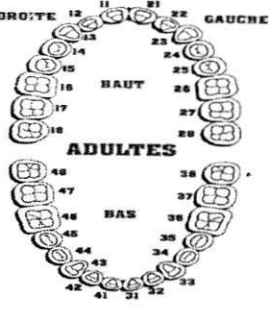

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
																
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G			Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de l'exécution													
<div> <div>VOLETT ADHERENT</div> <div> <div>NOM :</div> <div>Mle :</div> </div> </div>																
<div> <div>DECLARATION N°</div> <div>W15-040689</div> <div>  </div> </div>																
<table border="1"> <tr> <th>Date de Dépôt</th> <th>Montant engagé</th> <th>Nbre de pièces Jointes</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes									
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes														
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W15-040689	DATE DE DEPOT
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle : 1489	
Nom & Prénom			
Fonction :	Phones		
eMail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>FADIL FALTA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date : 12/08/19	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
<u>durée auto-interné de l'épave</u> <u>chute à domicile</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<u>chute à domicile</u>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>K15 réduction</u> <u>+ frais de salle</u> <u>+ consommation</u>	-	2300,-	
PHARMACIE	Date	12/08/19	
Montant de la facture		80,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	12/08/19	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>2x15 + 2x15</u>	400,-		
AUXILIAIRES MEDICAUX	Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



مصحة الزركطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 12/08/09

FADIL PATIMA

13,20
(1) Algérie m - S.V.
1 p 2 3 4

66,80
(2) Voltan - S.V.
1 p. 2 3 4 (3) 5

(3) Belmugel m - f
1 p 2 3 4

80,00
PHARMACIE YOUNESS

Sanaa BERRADA
Docteur en Pharmacie
Dentiste

Dr. MOUNSIF BIKOUK
Chirurgien Orthopédiste
Angle Bd. Mohamed Abdou
et 9 Avril Palmiers - Casablanca



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

12/08/2019

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Mme FADIL FATIMA

Incidence:

- L'Epaule Droit de face

Résultat :

bon état artro. inf. + l'épaule

Dr. MOUNSIF BIROUK
Chirurgien Orthopédiste
Angle Bd. Mohamed Abdou
et 9 Avril Palmiers - Casablanca



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

12/08/2019

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Mme FADIL FATIMA

Incidence:

Contrôle après réduction

- Epaule Droite de face

Résultat :

Luxation bien réduite

DR. MOUNSIF BIKOUK
Chirurgien Orthopédiste
Angle Bd. Mohamed Abdou
et 9 Avril Palmiers - Casablanca



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

12/08/2019

Facture N°4864/19

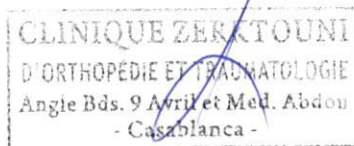
Mme FADIL FATNA

Consultation	400DH
Radiographie initiale Z15	200 DH
Réduction de la luxation K15	450 DH
Frais de salle K15X25	350 DH
Anesthésie locale	300 DH
Consommable	300 DH
Radiographie de contrôle	200 DH
Echarpe coude au corps	500 DH

TOTAL

2700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de
/ Deux Mille Sept Cent Dirhams /





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) NOM et Prénom :

FADIL Fatna

2) Date de la constatation de l'état du malade :

12/08/19

3) Renseignements cliniques sommaires :

luxation antero-inférieure
de l'épaule droite

4) Traitement envisagé et actes :

- Radiographie en halo
- Réduction de la luxation
+ anesthésie locale
+ ds de contrôle
+ échec

5) Durée prévisible du traitement :

21 jours

A

Le 12/08/19

CLINIQUE ZERKTOUNI
D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou
- Casablanca -

Signature
Dr. BIRBOK
Orthopédiste
Angle Bd. Monamed Abdou
et 9 Avril Palmiers - Casablanca