

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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-494762

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) :

Matricule : 3682 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALLI KATTACHI KHALID

Date de naissance : 02/08/62

Adresse : 25 LOT MENA CHAIFORNE

Tél. : 0661 065395 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.

28 NOV. 2019

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 : ALGER le : 28 NOV 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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

Ce 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

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obus comportant un ou plusieurs échelonnées

ans 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 venir 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



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1586364


A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SKALLI FETTAHI KRAH
Matricule : 3682 Fonction : CD3 Poste : 2569
Adresse :
Tél. : 066/065395 Signature Adhérent : [Signature]


A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SKALLI FETTAHI KRAH Age 08 | 08 | 6 | C
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Allergie médicamenteuse
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A itasa le 19 / 09 / 2019 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION **1586364**
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :


RELEVÉ 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
du 18-09-2018		Fact n°		
au 19-09-2019		16796/19	1842,08	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	

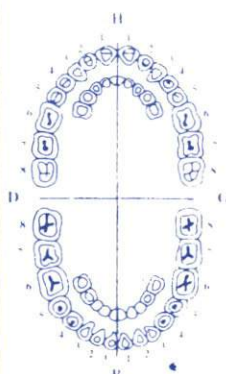
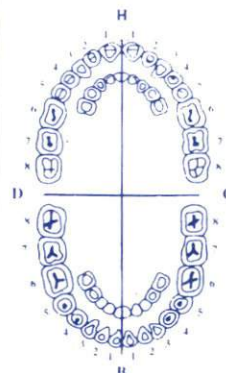
VOLET ADHERENT

* 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 car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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 <table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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'EX

Traitement

La conduite à tenir a été symptomatique :

- VVP, apports électrolytiques de base,
- Oxygénothérapie,
- Prévention de la maladie ulcéreuse.
- Corticothérapie.
- Surveillance stricte

Evolution :

-Bonne évolution clinique.

Hospitalisation

Son état de santé a nécessité un séjour de (1) un jour en USI.

Dr BENNANI FAHD
CLINIQUE TERRADA CASIS
Ave. ALI BOUMELAL 201100
CASABLANCA
Tél: 05 22 23 81 81 Fax: 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 19-09-2019

Facture N° 16796/19

A. Identification

N° Dossier : 191821422

N° Identifiant : 015547/19

Nom & Prénom : M. SKALLI FETTACHI KHALID

C.I.N : A211444

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : SKALLI FETTACHI KHALID

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-09-2019

Date Sortie : 19-09-2019

Médecin traitant : DR . BENNANI FAHD

Traitement : HOSPITALISATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
SOIN INTENSIF						
1	SEJOUR SOINS INTENSIFS		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		442,08			442,08
Total Rubrique :						442,08
PARTIE CLINIQUE :						1 442,08
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. SURVEILLANCE MEDICALE (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						400,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						1 842,08

MILLE HUIT CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS HUIT CENTIMES

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abderrahim Bouabid - Casablanca
Tél: 05 22 23 81 81 Fax: 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 18/09/2019 au 19/09/2019
Patient : M. SKALLI FETTACHI KHALID
N° Dossier : 1911821422
Organisme : PAYANT MUPRAS

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDE DE GAZ 10 CM (001)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
BANDELETTE GLYCEMIE (050)	3,76 Dh	3	11,28 Dh
ELECTRODES (001)	3,00 Dh	3	9,00 Dh
GANT NITRIL JETABLE S,M,L (200)	0,70 Dh	10	7,00 Dh
INTRANULE G20 ROSE (001)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LANCETTES GLYCEMIE BAYER (200)	3,00 Dh	3	9,00 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	11,00 Dh	1	11,00 Dh
SERINGUE DE 10CC (001)	3,00 Dh	4	12,00 Dh
TEGADERM 10 X 12 (050)	9,20 Dh	1	9,20 Dh

74,48 Dh

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
INEXIUM 40MG INJ (010)	43,70 Dh	1	43,70 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA (20)	14,00 Dh	2	28,00 Dh
METHYLPREDNISOLONE 120 MG INJECTA (20)	35,00 Dh	2	70,00 Dh
OXYGENE USIG DEMI JOURNEE	200,00 Dh	1	200,00 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 POCHE INJECTA (01)	12,80 Dh	1	12,80 Dh
SERUM.G. 5% 500M INJECTA (01)	13,10 Dh	1	13,10 Dh

367,60 Dh

Total global : 442,08 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Mohammed VI
Tél: 05 22 23 81 82 - Fax: 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 18-09-2019

DR. SURVEILLANCE Medicale

PATIENT : M. SKALLI FETTACHI KHALID

HONORAIRES : 400,00 Dh
(QUATRE CENTS DIRHAMS)

Dr BENNANFAHD
CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abdelhakim Bouabid
CASVELANCA
Tél. 05 22 23 81 82 Fax: 05 22 23 81 82



Casablanca, le

03 OCTOBRE 2019

Compte Rendu d'Hospitalisation

Date d'entrée	18 SEPTEMBRE 2019
Date de sortie	19 SEPTEMBRE 2019

Identité

Mr SKALLI FETTACHI KHALID, âgé de ans est admis à la clinique Jerrada Oasis le 18/09/2019 pour prise en charge d'une allergie médicamenteuse .

Antécédents

- HTA
- Diabète
- Allergie à l'ASPIRINE

Histoire de la maladie

Patient a présenté une réaction allergique avec bouffissure du visage, prurit généralisé et gêne respiratoire après ingestion d'Aspirine.

Examen à l'admission

- Patient conscient, 15/15 de Glasgow, pupilles symétriques et réactives, pas de déficit sensitivomoteur
- PA = 144/72, FC = 65 bpm, auscultation cardio-vasculaire : RAS.
- FR = 16/ c/min, SpO2 = 97%, auscultation pleuro-pulmonaire : RAS.
- T° = 36.6°C
- Abdomen : souple

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél. 05 22 23 81 81 - Fax 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	19I1821422
NOM DU PATIENT	M. SKALLI FETTACHI KHALID
MÉDECIN TRAITANT	BENNANI FAHD
PRISE EN CHARGE	PAYANT MUPRAS
NUMERO PRISE EN CHARGE	
DATE D'ENTREE	18/09/2019
DATE DE SORTIE	19/09/2019

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abdelkader Bouabid
Tél.: 05 22 23 81 81 Fax 05 22 23 81 82