

## 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.

CA

### Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

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 précisez 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 :   Signature de l'adhérent(e) : 

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 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 li confidential 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 EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, 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 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
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 FETTAOUI REHAB

Matricule : 3682 Fonction : CD3 Poste : 2169

Adresse :

Tél. : 066/065395 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SKALLI FETTAOUI REHAB

Age : 08 08 61 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

CLINIQUE JELLINE CASABLANCA  
Av. Castellane 23 B  
BP 10000 Casablanca  
Tél. 05 22 91 26 163

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 1586364

Nom du patient : SKALLI FETTAOUI REHAB

Date de dépôt : 19/09/2019

Montant engagé : 0

Nombre de pièces jointes : 0



## 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
du 18.09.18		Fact. n°		
au 19.09.18		16796/18	1842,00	UNIQUE MIRRADA Abderrahim BOUABDALLAH SABLANCA Fax 0522222174 RENNET

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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

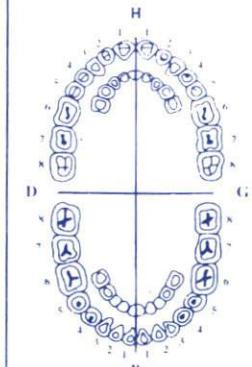
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU BRICOLEUR ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

## Traitemen

La conduite à tenir a été symptomatique :

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

## Evolution :

-Bonne évolution clinique.

## Hospitalisation

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



## CLINIQUE JERRADA CASIS



090061078

CASABLANCA Le : 19-09-2019

Facture N° 16796/19

### **A. Identification**

N° Dossier : 19I1821422

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

Médecin traitant : DR . BENNANI FAHD

### C. Débiteur

page 1/1

## Organisme : Pavant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

#### N° Prise en charge :

#### *D. Période d'Hospitalisation*

Date Entrée : 18-09-2019

Date Sortie : 19-09-2019

## Traitements : HOSPITALISATION

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

MILLE HUIT CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS HUIT CENTIMES

### Cachet et Signature

**CLINIQUE JERRADA OASIS**  
Ave. Abderrahim Bousabid  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 09 31 82 - Fax: 05 22 23 81 82

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

## CLINIQUE JERRADA OASIS

### 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
			<b>74,48 Dh</b>

### 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
			<b>367,60 Dh</b>

Total global : 442,08 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS  
Ave. 555 Ibrahim Bouabid  
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 BENNAN FAHD  
CLINIQUE JERADA  
Ave. Abouerrak Bouabid  
Tél: 0522 315 315 SK: 0522238182



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, SpO<sub>2</sub> = 97%, auscultation pleuro-pulmonaire : RAS.
- T° = 36.6°C
- Abdomen : souple

CLINIQUE JERRADA OASIS  
Ave. Abderrahim Bouabid  
Casablanca  
Tél: 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 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. Abderrahim Bouabid  
Tél: 0522 281414-Fax 0522 238182