

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0055994

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12653 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DOBBAH N. (RIAAH)
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 :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0055994

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 :

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

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)
CNPSY = 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 couvrant 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 échelonnées 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 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 618333

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DZAIRY Khalid
Matricule : 10653 Fonction : Rep zone Poste :
Adresse :
Tél. : 0022846003030 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DZAIRY Youssef Age 01 | 04 | 04
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Bronchite - CA larynx
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
Hôpital Universitaire International de Casablanca
Dr. DINI NOUZE
Professeur de Pédiatrie
Directrice de Spécialité
A le / / Signature et cachet du médecin
01109254

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 53 **618333**
Matricule N° : 10653
Nom du patient : DZAIRY Youssef
Date de dépôt : 12/12/2022
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
10/12/22			300,00	Hôpital Universitaire International Dr. DINI BOUZZA Professeur de Pédiatrie Directrice de Spécialité

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/12/22	719,70
	10/12/22	130,00

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	

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 soins.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				Coefficient DES TRAVAUX																								
				MONTANT DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412		21433552																									
	00000000		00000000																									
	00000000		00000000																									
	35533411		11433553																									
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS																								
				DATE DU DEVIS																								
				DATE DE L'EXECUTION																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. DINI NOUZZA
Professeur de pédiatrie
Chef de spécialité
Casablanca, le

le 10/12/22

DZargy jous

192.20

1) Zeclar 500

45,30

2) Butovent

40.00

3) Cotipred 20

19.40

4) Mucocil

ZECLAR 500MG
CP PELL B14



6 118000 011842



15.07 / Doliprane 500

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL
16 comprimés effervescents

6 118000 040354

Après 4h

110.00
(8)

Alu. foyl
14/1

STERIPHARMA
complément alimentaire
n'est pas médicament

3 664492

FAB/MFR : 04/2022
EXP : 10/2024

DA20180901180DMP-20UC-AMA-2
PPC: 110,00 dh

PHARMACIE STATION AFRICA
Route N°1047, Hammam
Station Service Africain
Par Bonazza - Casablanca

Hôpital Universitaire International

PHARMACIE LES JEUX DE BOULE
Rue des Joyaux de Boukoura
Bordj, C.N° 1 Villa Verte - Casablanca
Tél: 0520 61 61 71 - Gsm: 0693 54 32 47
LCE: 002815451000974

130,00

LOT 16J21030
06/2021

Cipla Maroc
BP 4491-11850
Oum Azza, Ain Aouda
PPC: 130 DH 00

8 901117 261310

29.7
719.70

chambre
calle
Synthé
105 pnd
yo

SYNTHEMEDIC
22 rue souhair benou al ouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12ug par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses

105/4 DMP 21/NRG dup.p.v.: 297,00 DH

6 118001 020935

PHCM
FEV-21
JAN-23

PHARMACIE STATION AFRICA
Route N°1047, Hammam
Station Service Africain
Par Bonazza - Casablanca

Hôpital Universitaire International
Dr. DINI NOU
Professeur de
Directrice de spécialité

1109254

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 163429 / 2022 du 10/12/2022

Nom patient	DZAIKY YOUSSEF	Entrée	10/12/2022
	PAYANTS	Sortie	10/12/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@hckm.tn
 N° INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 10/11/2022

Quittance - Paiement espèces 0732438

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : DR. H. W. Youssef



Cachet