

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Optique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0046488

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Aoummane EL Mostafa

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 : Aoummane EL Mostafa 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046488

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 : .....



[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

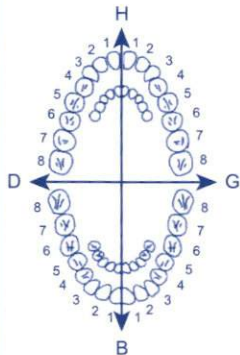
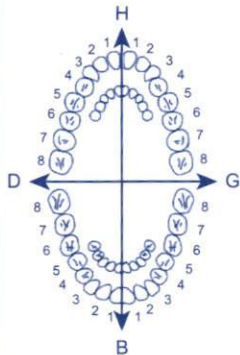
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

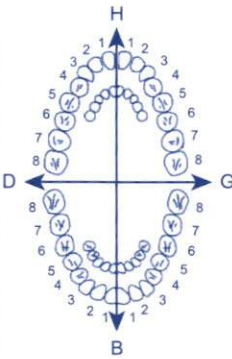
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

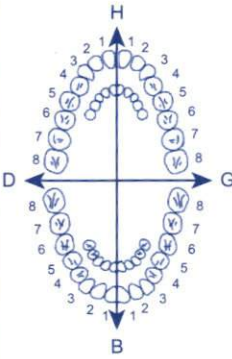
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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				
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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 L'EXECUTION



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CHPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMV	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro-Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	E	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

## 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                   | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                    | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                       | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit         | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes   | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons     | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                  |                                   |

## 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 : 91.25.46 / 2648 / 2649 / 2857  
FAX : 91.25.52  
TELEX : 3993 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS 733717

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HOUMANE EL chstafa  
Matricule : 1788 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : 118 Route d'El Fadila, Agadir  
Tél : 0663.617862 Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HOUMANE EL chstafa Age        
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : A héraldisme d'origine génétique  
S'il s'agit d'un accident / causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
A Casablanca le 28 / 6 / 2019  
Signature et cachet du médecin : \_\_\_\_\_  
Durée d'utilisation 3 mois





Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		3000,00	Hopital Cheikh Khalifa Ass. BELMIR Hicham Chirurgie Vasculaire

### 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
Laboratoire National de Référence Tél : 05.29.05.01.33 E-mail : lbn@telecom.tn	29/04/19	3040 + P	168,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX															
	<table><tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td></tr></table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	B			
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
		00000000	00000000														
		35533411	11433553														
	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

Identifiant du patient : 150709093800ME

Date de naissance : 12/10/1950

Sexe : M

Date de l'examen : 29/04/2019

Prélevé le : 29/04/2019 à 15:48

Edité le : 29/04/2019 à 17:01

Mr HOMMANE EL MOSTAFA

Dossier N° : 19045987

Docteur BELMIR HICHAM

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.48	10 <sup>12</sup> /l	4 - 5.5	3.40 10 <sup>12</sup> /l (01/10/2018)
Hémoglobine	:	13.1	g/dl	13 - 17	9.4 g/dl (01/10/2018)
Hématocrite	:	39.2	%	36 - 50	29.1 % (01/10/2018)
VGM	:	87.5	fl	82 - 98	85.6 fl (01/10/2018)
CCMH	:	33.4	g/dl	32 - 36	32.3 g/dl (01/10/2018)
TCMH	:	29.2	pg	27 - 32	27.6 pg (01/10/2018)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.68	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4 - 10	6.76 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (01/10/2018)
P. Neutrophiles	:	56.0	%	4.30 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.5 - 7	71.6 % (01/10/2018)
P. Eosinophiles	:	3.3	%	0.25 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.46	0.6 % (01/10/2018)
P. Basophiles	:	0.5	%	0.04 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.08	0.6 % (01/10/2018)
Lymphocytes	:	31.9	%	2.45 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1 - 4	22.0 % (01/10/2018)
Monocytes	:	8.3	%	0.64 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.2 - 1	5.2 % (01/10/2018)

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	131	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 400	285 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (01/10/2018)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 29/04/2019 à 17:01

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

*Dr. Fadwa Ousti*  
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05 29 05 02 33  
E-mail : labo@lcnr-bcl.ma

#### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 56 003 / 2019 du 29/04/2019

Nom patient : **HOMMANE EL MOSTAFA**

Entrée 29/04/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/04/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de chirurgie vasculaire p	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

*Hôpital Universitaire International  
Cherif El Khalili  
Consultation Cardiologie*



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 56 171 / 2019 du 29/04/2019

Nom patient : **HOMMANE EL MOSTAFA**

Entrée 29/04/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/04/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	168,00	168,00
			Sous-Total	168,00
Total Frais Clinique				168,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS	Total 168,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			168,00		168,00	0,00

Laboratoire National de Référence  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

2014 / 19

M<sup>r</sup> Mohamed EL Mostafa

- ① Urée =
- ② créat =
- ③ NFS

Laboratoire National de Référence  
05 22 05 02 33

ma

  
Hôpital Cheikh Khalifa  
Pr. Ass. de Médecine  
Chirurgie Vasculaire  
06 11 68 42



Identifiant du patient : 150709093800ME

Date de naissance : 12/10/1950

Sexe : M

Date de l'examen : 29/04/2019

Prélevé le : 29/04/2019 à 15:48

Edité le : 29/04/2019 à 17:01

Mr HOMMANE EL MOSTAFA

Dossier N° : 19045987

Docteur BELMIR HICHAM

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

### IONOGRAMME

URÉE	:	0.45 g/L	0.15 - 0.45	0.21 g/L (27/09/2018)
CRÉATININE SANGUINE	:	9.87 mg/L	7 - 13	6.21 mg/L (27/09/2018)

Le 29/04/2019 à 17:01

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. F. OUSTI  
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence  
Tél: 05 29 05 02 33

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.