

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10564

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMAZZAR Khadifa

Date de naissance :

04/06/1970

Adresse :

Tél. :

065071 6178

Total des frais engagés :

201255

PR4FR05 / J2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Cétonne Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : M

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :





M U P R A S

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

Nº 832251

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AMARZOUK CHAOUKI Age 04 06 70

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 04/02/2004

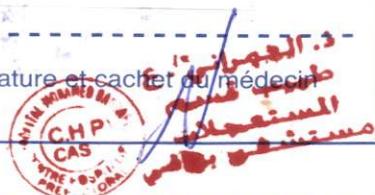
Nature de la maladie : estérile avec d'âles de l'utérus

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Prise d'anticoagulant

A CASABLANCA, le 04/02/2004 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois



VOLET ADHERENT

DECLARATION

Nº 832251

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèche et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/03/2019	examen	01	600	chèque 26.3.2019 Dr. العماري طبيب قلب المستشفى المستنصرية

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Q. 263/9910	02/04/2014	615	121,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE ET LA
PROTECTION SOCIALE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
MOHAMED BAOUAFI



المملكة المغربية

وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية

المندوبية القسمية لمقاطعات القداء درب السلطان

المركز الاستشفائي محمد باوافي

Mr/ Mme :

N° D'ENTREE :

N° d'examen :

BON D'EXAMEN

Service :

DATE :

06-05-2024

Renseignement

clinique :

.....
.....
.....
.....

Examen

demandé :

Dr pied + cheville dt



FIP

Ministère de la Santé et de
la Protection Sociale
Hôpital Mohamed Baouafi

SIGNATURE DU RESPONSABLE

MEDECIN DEMANDEUR



ROYAUME DU MAROC
 MINISTÈRE DE LA SANTE
 ET DE LA PROTECTION SOCIALE
 PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
 EL FIDA MERS SULTAN
 CENTRE HOSPITALIER PREFECTO
 EL FIDA MERS SULTAN
 HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
 CASABLANCA

المملكة المغربية
 وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
 مركز الاستشفاء لعمالة
 داء مرس السلطان
 ستشفى محمد بوعافي
 الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

NOM : AMAZZAR

PRENOM : KHALID

DATE :

HEURE :

N° SAU : 74523

MOTIF DE CONSULTATION :

- MALADIE
- IMPRUDENCE
- VIOLENCE
- A V P
- A T
- INTOXICATION
- BRULURE
- MATERNITE
- AUTRES

P 18884

CII

SIGNE



ROYAUME DU MAROC
 MINISTÈRE DE LA SANTE
 ET DE LA PROTECTION SOCIALE
 PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
 EL FIDA MERS SULTAN
 CENTRE HOSPITALIER PREFECTO
 EL FIDA MERS SULTAN
 HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
 CASABLANCA

المملكة المغربية
 وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
 مركز الاستشارة لعملة
 داء مرض السلطان
 سلطان محمد بوالي
 الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

NOM :

PRENOM :

DATE :

HEURE :

N° SAU :

MOTIF DE CONSULTATION :

- MALADIE
- IMPRUDENCE
- VIOLENCE
- A V P
- A T
- INTOXICATION
- BRULURE
- MATERNITE
- AUTRES

TEL 24523
 JF 7709
 QADIB
 JF 8773

SIGNE

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Quittance

N°00262539/A

Reçu de M

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
625		
8213		
Total		14218

Cachet du
Service
Le 04/06/2014
Signature du
Régisseur



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
100		
8709	Total	100

Quittance

N°00263535/A

Cachet du
Service

Le 06/08/20

Signature du
Régisseur



ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

N° 00263628/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
CHIRURGIEN		
BBOT		
Total		600

Cachet du
Service

Le 20
Signature du
Régisseur

