

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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- 046864

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société : 26740

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite

Nom & Prénom : EL YAMANY

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse : 1013

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2020

Nom et prénom du malade : EL YAMANY

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 : 12/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :





## conditions générales

### 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 courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
- R - Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

### LE 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 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 le 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  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
répétés en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs actes échelonnés  
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

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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

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 N° 121986

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Edy Yaman Ned*  
Matricule : *1013* Fonction : *retraité* Poste :  
Adresse : *16 lot Laval*  
Tél. : Signature Adhérent : *[Signature]*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Edy Yaman Ned* Age : *40*  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : *h. colombo*  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
A *Casa*, le *11 FEV. 2020*  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature : *Dr. SAMI Mustapha*  
39, Bd. Rahat El Meskini  
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :

N° 121986

MUPRAS





# 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
11 FEV. 2020	K30	1100		Dr. SAMI Mustapha Neuro-Chirurgien 39, Bd. Rabat El Mekini Tél.: 0522.34.4476 - Casablanca



# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie La Corniche 319, Bd. Moulay Youssef CASABLANCA Tél/Fax : 05.22.27.67.03 EL ALLALI Naoual	11/02/2020	718,50

# 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 d'important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANT DES SOINS</b>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <b>FIN D'EXECUTION</b> </div> <div> <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/> </div> </div>			

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

# Docteur SAMI MUSTAPHA

NEURO - CHIRURGIEN  
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
ELECTRO ENCÉPHALOGRAPHIE  
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76  
Sur Rendez-vous

# الطبيب سامي مصطفى

جراحة الرأس والدماغ  
جراحة العمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ

39, شارع رحال المسكيني - البيضاء

الهاتف : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 4235 ل 2.2.76  
الزيارة بالموعد

11 FEV. 2020

Casablanca, le .....

Pharmacie La Corniche  
319, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax : 05 22 27 67 03  
EL ALLALI Naoual

328,00 x2

Dopezil 5

1c le matin

baux hon (

62,50

Unispa

1 - 0

at le rel

Pharmacie La Corniche  
319, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax : 05 22 27 67 03  
EL ALLALI Naoual

718.50

Pharmacie La Corniche  
319, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax : 05 22 27 67 03  
EL ALLALI Naoual

Dr. SAMI Mustapha  
Neuro-Chirurgien  
39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca





# Docteur SAMI MUSTAPHA

NEURO - CHIRURGIEN  
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
ELECTRO ENCÉPHALOGRAPHIE  
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76

Sur Rendez-vous

# الطبيب سامي مصطفى

جراحة الرأس والدماع  
جراحة العمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ

39, شارع رجال المسكيني - البيضاء

الهاتف : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 4235 ل 2.2.76

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 11.02.2020

## REÇU

de Mr ou Mme : EL Yaman EL Agbare Sidi  
La somme de : mille cent dix. Mohamed

- Consultat neuro-chirurgie

☐

- Electroencéphalogramme

☒

K 30

- Certificat médico - légal

☐

- Intervention chirurgicale

☐

K

Dr. SAMI Mustapha  
Neuro-Chirurgien  
39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: 0522.31.44.76 / Casablanca

Total : 1100 ds

## Docteur SAMI MUSTAPHA

NEURO - CHIRURGIEN  
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
ELECTRO ENCÉPHALOGRAPHIE  
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 31 44 76  
05 22 45 05 64  
Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76  
Sur Rendez-vous

## الطبيب سامي مصطفى

جراحة الرأس و الدماغ  
جراحة العمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ

39, شارع رجال المسكيني - البيضاء  
الهاتف : 05 22 31 44 76  
05 22 45 05 64  
فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 4235 ل 2.2.76  
الزيارة بالموعد

Casablanca, le .....

11.02.2020

### ELECTRO-ENCEPHALOGRAMME

Mr EL YAMANY EL MGHARY SIDI MOHAMED

### COMPTE RENDU

Tracé mieux structuré  
sur l'hémisphère droit  
caractérisé par l'existence  
de bouffées d'ondes lentes  
monomorphes plus visibles  
sur l'hémisphère gauche.

Dr. SAMI Mustapha  
Neuro-Chirurgien  
39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca