

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

- Reclamation : 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-548147

ND: 32200

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TARHALI Abdelrahmane

Date de naissance : 14/11/66

Adresse :

Tél. : 0675522215 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TARHALI Mohamed Age: 3

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : 03 JUL 2020

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'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 : 03 10 20

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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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.

Le 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN HOPITAL

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnages
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'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.



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 26 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1622663

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TARHAI Abdelhak
Matricule : 8811 Fonction : ch Poste :
Adresse :
Tél. : 0675592215 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TARHAI Med CHAIB Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Plaie de la paupière sup
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A Casa le 20 / 05 / 20
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

1622663

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
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
20/05/20	K20		Voir facture 16520	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 AMRANI M'Hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid (Ex. Jerrada) - Oasis - CASA Tél : 05.22.25.34.85	20/05/2020	79,20

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 des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can 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>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>D</td> <td></td> <td>G</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></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
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'EX



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

TARHALI Mohamed Chaib

60,20

Asteph sup 280mg

2cm x 2 / 1 / po 6;

19,00

Nurodol sup

1 dose 16 kg x 3 / 1 / po 3;

79,20

AMRANI M'Hamed
Pharmacie SAAD
44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
(Ex. Jerrada) - Oasis - CASA
Tél : 0522.25.34.85

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumatologie-Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd Zerkouni Casa
Tél : 0522.94.20.00



مصحة أطفال CLINIQUE ATFAL

Casablanca, le : 20 / 05 / 20

Compte rendu

Nom/Prénom : TARHALI Mohamed Choib

Diagnostic : lésion de la
paupière supérieure de

Intervention : SK. Suture de
l'écchymose. Sujet inter-
venant de l'âge 5/0

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumatologie-Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd Zerkouni Casa
Tél : 0522.235.000

Le : 20/05/2020

Références

2 777 / 200520094351004002

PAYANT

Entrée / Sortie : 20/05/2020 - 20/05/2020

Le DR, REFASS ABDELOUAHED

présente à . TARHALI MOHAMED CHOAI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
700,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumatologie
Pédiatrique
237, Bd Zerkouni Cbsa
Tél : 0522.94.28.00

Cachet et signature

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

20/05/2020
09:48

Nom Patient : TARHALI MOHAMED CHOA

Numéro dossier : U20E200937

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
20/05/2020	GANT STERILE 8/5 (001)	0	1,00	20,00	20,00
20/05/2020	VICRYL RAPIDE 5/0 RT 17mm (001)	0	1,00	120,00	120,00
20/05/2020	SERINGUE JET 05CC RR (001)	0	1,00	5,00	5,00
20/05/2020	TEGADERM10CMX12CM(G)	0	1,00	20,00	20,00
20/05/2020	STERICRIN 6/0T (001)	0	1,00	40,00	40,00
20/05/2020	LIDOCAINE 1% inj (01)	0	1,00	15,70	15,70
20/05/2020	COMPRESSE MOYENNE (001)	0	3,00	1,50	4,50
20/05/2020	FILET TUBULAIRE MOR t5 (001)	0	1,00	40,00	40,00
Total pharmacie					265,20

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, BD ABDELMANAN BOUABID
OASIS EL MOULINIA
TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28

CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28
IF 01087099

090003690



F A C T U R E

N° : 2777 / 2020 du 20/05/2020

Nom patient **TARHALI MOHAMED CHOAI**
PAYANT

Entrée 20/05/2020

Sortie 20/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS DE SALLE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
PHARMACIE	1,00		265,20	265,20
			Sous-Total	265,20
Total Clinique				465,20

DR, REFASS ABDELOUAHE (chirurgien pédiat)	1,00	K20	700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
Total Autres prestations				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS VINGT CENTIMES	Total	1 165,20

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, BD ABDELRHIM BOUABID
OASIS EL BLANCA
TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28