

## 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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063978

N° D: 34412

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....


Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. 0673744333 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 : .....

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 : 23/07/2020

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  
a été proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses  
réservations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous  
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 SANATORIUM  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
successifs comportant un ou plusieurs échelonnements  
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  
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



Complément  
**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 592053

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENHIMA Hassan  
Matricule : 3140 Fonction : Retraité Poste : RAM  
Adresse : 40 rue de la Réunion, Bagneux 92130  
Tél. : 0673744333 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Beni Saloua Age : 40  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 07/10/2020  
Nature de la maladie : Décès  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A Casa le 10/04/20 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 592053  
Matricule N° : 3140  
Nom du patient : BENHIMA  
Date de dépôt : 10/03/2021  
Montant engagé : 10330,15 DH  
Nombre de pièces jointes : Passe en charge S.H.A.N.





## 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
15/04/2012	Hospitalisation	1		
15/04/2012	Psychothérapie	1		
15/04/2012	Consultation	1		
15/04/2012	Prescription	1		
15/04/2012	Examen	1		
15/04/2012	Soins	1		
15/04/2012	Surveillance	1		
15/04/2012	Éducation	1		
15/04/2012	Prévention	1		
15/04/2012	Autres	1		

## 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

## 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 de

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANT 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															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	00000000	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	00000000													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom : DEMNI Prénoms : Saloua Epouse Benhima Date de naissance : 01/03/1958  
CIN N° A55939 Ville : Casablanca Chambres : L3 -23

### Diagnostic d'entrée/diagnostic de sortie

CIM 10 : Trouble bipolaire

### Evolution dans le service

Patient hospitalisée pour maladie bipolaire en décompensation mixte ayant répondu très lentement à la prise en charge

### Explorations para-cliniques

Faits : - Bilans sanguin  
- ECG  
- Rx face  
- Echographie abdominale

### Projet de suivi à sa sortie

- La patiente va être suivie par le Docteur TYAL, en cabinet privé.

Médicaments prescrits pendant hospitalisation	Médicaments prescrits à la sortie
ALPRAZ 1 MG	TERALITHE 250 MG
AUGMENTIN 1 G	MEDIZAPIN 10 MG
DUPHALAC SACHET (20)	SEROQUEL 100 MG
FERPLEX 40 MG	TUNELUZ 20 MG
IPP 20MGINEXIUM 20 MG	
MEDIZAPIN 10 MG (10)	
MEDIZAPIN 10 MG (30)MYCODERME 40 MG	
QUETIAPHI SP 150 MG (30)	
QUETIAPHI LP 150 MG (30)(1)	
SEROQUEL 100 MG (60)	
STILNOX 10 MG	
TERALITHE 250 MG	
TOBRADEX COLLYRE	
TOBREX COLLYRE	
TUNELUZ 20 MG (20)	
VOGALENE SIROP	
VOGALENE SUPPO	
ZETALAX SOLUTION	
BETADINE MOUSS G/F	

### Admission

Médecin ayant fait l'admission : Dr. TYAL

Médecin ayant assuré le suivi : Dr. TYAL

Date et heure d'admission : le 07/03/2020 à 14H31

### Sortie

Médecin ayant fait la sortie : Dr. TYAL M. Hachem

Signature et cachet :

Date et heure de sortie: le 15/04/2020 à 10H40

Dr. TYAL M. Hachem  
PSYCHIATRE  
Clinique villa des lilas  
88-90 Bd. de L'Oasis - Casablanca  
Tél : +212 5 22 776 671 - Fax : +212 5 22 255 200

# FACTURE

ICE: N° : 135 / 2020 du 15/04/2020

Médecin traitant : DR. TYAL HACHEM

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme DEMNI SALOUA	OCP CASABLANCA	07/03/20	15/04/20
Nom Adhérent : Demni Saloua	Matricule : 588319098	N° Affiliation : A55939	N° Prise en charge : OCP SAHAM Mois mars 2020

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE PSYCHIATRIQUE OCP		39,00	1 300,00	50 700,00
ECG	K30	1,00	100,00	100,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>50 800,00</b>
PHARMACIE		1,00	3 558,73	3 558,73
PARAPHARMACIE		1,00	92,00	92,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>3 650,73</b>
<b>Total clinique</b>				<b>54 450,73</b>

DR. BAROUTI Ouahid (réanimateur)	12C2+&grtt	16,00	300,00	4 800,00
DR. BENHAYOUN KAMAL (gastro)	V2	2,00	200,00	400,00
DR. BENMIMOUN MOSTAFA (médecine interne)	V2	2,00	200,00	400,00
DR. CHELLY CHAFIK (ophtalmologue)	C2	1,00	300,00	300,00
DR. SKALLI SAID (dermatologue)	V2	2,00	250,00	500,00
DR. TYAL HACHEM (psychiatre)	V3K15	40,00	600,00	24 000,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>30 400,00</b>
<b>Total autres prestations</b>				<b>30 400,00</b>

Arrêtée à la somme de :

QUATRE VINGT-QUATRE MILLE HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS SOIXANTE-TREIZE CENTIMES

**TOTAL GENERAL 84 850,73**

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
232,00	18 246,22	18 478,22	66 372,51

Part organisme 84 758,73  
Part adhérent 92,00

CDM, Ag. Emile Zola, N°: 021780000005003027127569

**Clinique  
VILLA des LILAS**  
Bd. de l'Oasis - Casablanca  
Tél : +212 522 77 66 66  
Fax : +212 522 25 52 00



# CLINIQUE VILLA DES LILAS

Casablanca

## Reçu global de caisse

08/07/2020

Numéro dossier	Nom du patient	
0C071431	DEMNI SALOUA	

Mode paiement	Date encaissement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	15/04/2020		232,00
Chèque	23/04/2020	DemniSouad/CDM/190 7322580	10 230,15
Chèque	19/05/2020	OCP SAHAM BMCI BAL 1059238	8 016,07
		Total payé	18 478,22

*Clinique*  
**VILLA des LILAS**  
Bd. de l'Oasis Casablanca  
Tél: +212 522 766 66  
Fax: +212 522 765 200

# CLINIQUE VILLA DES LILAS

Casablanca

## Reçu global de caisse

29/06/2020

Numéro dossier	Nom du patient	
0C071431	DEMNI SALOUA	

Mode paiement	Date encaissement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	15/04/2020		232,00
Chèque	23/04/2020	DemniSouad/CDM/190 7322580	10 230,15
Chèque	19/05/2020	OCP SAHAM BMCI BAL 1059238	8 016,07
		Total payé	18 478,22

Clinique  
VILLA DES LILAS  
Bd. de l'Oasis - Casablanca  
Tél: +212 5 22 77 66 66  
Fax: +212 5 22 25 52 00



Le 20/04/2020  
CLINIQUE VILLA LILLAS  
88 ET 90 BOULEVARD DE L'OASIS  
CASABLANCA

SERVICE ASSURANCE MALADIE DE BASE ET COMPLEMENTAIRE

CONTRACTANT : OCP BASE

MALADE : LUI MEME

ADHERENT : DEMNI SALOUA

DATE DE NAISSANCE : 1/03/1958

N° OCP/RCAR : 5883190980

LIEN : LUI MEME

N° F.S : 17598964

DETAIL DE LA PRISE EN CHARGE (modalités de facturation)

Messieurs

Faisant suite à votre demande de prise en charge du 15/04/2020 concernant les frais d'hospitalisation de l'assuré(e) cité(e) en rubrique, nous vous notifions notre accord pour le règlement de ces frais à concurrence d'un montant total de: 74620,58 DH

La part restante à la charge du bénéficiaire est de: \*00010230,15 DH

Selon les modalités suivantes:

. Montant pris en charge par Saham assurance pour le compte OCP S.A (Montant 1):  
66604,51 Dh

. Montant pris en charge en complément par Saham assurance (Montant 2):  
8016,07 Dh

Les montants pris en charge sont détaillés comme suit:

*Code*	*Prestations*	*NB*	*Coeff*	*Montant*	*Montant Saham assu*	*Mt complément*	*Total*
				*total devis*	*pour compte OCP SA*	*Saham assuran*	
*128	'forfait glob'	669	39,00	66690,00	60021,00	6669,00	66690,00*
*624	'CONS SPEC.NU'	23	23,00	4910,00	3928,00	982,00	4910,00*
*900	'PHARMACIE'	1	1,00	3650,73	2555,51	365,07	2920,58*
*950	'E.C.G'	1	1,00	100,00	100,00		100,00*
*Total				84850,73	66604,51	8016,07	74620,58*

Nous vous prions de bien vouloir nous adresser impérativement, deux factures libellées comme suit:

. Pour le montant (1) : Saham assurance pour le compte de l'OCP

. Pour le montant (2) : Au nom de Saham assurance

Les règlements interviendront sur présentation des deux factures (en trois exemplaires) accompagnées des vignettes et des prospectus relatifs aux frais pharmaceutiques (si hospitalisation médicale ou acte chirurgical non forfaitisé), des notes d'honoraires et des et des résultats des examens et radios effectués, du compte rendu d'hospitalisation, de la copie CIN du bénéficiaire si applicable, de la copie Carte RCAR ou badge OCP ainsi que de l'originale de la prise en charge portant cachet Saham assurance

N.B: Les factures devront nous être adressées dans un délai d'un mois à partir de la fin des prestations, accompagnées du présent document.

Nous vous en remercions et vous prions d'agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

LA DIRECTION

