

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

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0047417
157698
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4672 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUASSINI Abdelali
Date de naissance : 02/01/1948
Adresse :
Tél. : 06 96 64 78 73 Total des frais engagés : 427,10 + 116,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENSARDI Fatima Zahra
Professeur en Chirurgie Générale
091143990
Date de consultation : 06/04/23
Nom et prénom du malade : OUASSINI Abdelali
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vésicule biliaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Casablanca Le : 06/04/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06/04/23	CS		Grat	Pr. Khalid YACINI ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR INPE : 071054322 HOPITAL PRIVÉ CASA AIN SEBAA
06/04/23	CS		Grat	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ZOUHRI Mme. KABBAJ MARIAM Lotissement EL KHAYRI 1851 Imm 6 CHADLANCA Tél : 05 22 934 190	6/4/23	427,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SERVICE LABORATOIRE HOPITAL PRIVÉ DE CASA AIN SEBAA INPE : 00063272 279, Bd. Cheikh Bouam Aïn Sebba	06-04-23	Bilan	118,95 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

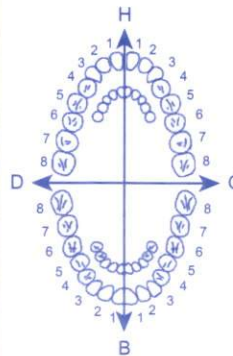
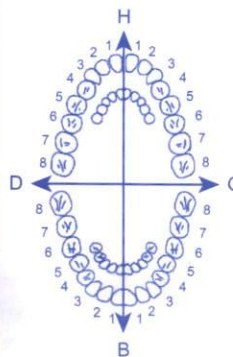
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

04/23

Né le : 01/01/1948



HPC23D06080802

M. OUASSINI ABDELALI

Né le : 01/01/1948



87,00

1/17 Maxilav 1g

15 x 25 x 5

30

21 Oles Long

181; lemat aji

14,60

31 Parantal 1g (c r hf)

98,50 x 31g x 25; Bidh

4 Hibor 3500

1-28/1/2 pdr 6

427,10

PPV: 87DH00
PER: 07-24
LOT: L2470

LOT 211549
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

PARANTAL® 1g

PPV 14DH60
EXP 09/2025
LOT 200313

Dr. Khalid YAQINI
ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR
INP: 071054332
HOPITAL PRIVÉ CASABA AIN SEBAA

LOTN°: 22208A
EXP: 05 2024
P.P.V: 98,50 DH

LOTN°: 22208A
EXP: 05 2024
P.P.V: 98,50 DH

LOTN°: 22208A
EXP: 05 2024
P.P.V: 98,50 DH



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le.....06/04/23.....

N° OUA861M' Abdeli

TP TCR

Dr. BENSARDI Intima Zahra
Professeur en Chirurgie
Généraliste
091145990



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 14/04/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 060423-681 Pvt du: 06/04/2023 9:01

Mr OUASSINI ABDELALI

IPP Patient : 36025/23

Patient Clinique : HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SI

Prescrit par Dr BENSARDI FATIMA EZZAHRA

Page : 1/1

HEMOSTASE-COAGULATION

			Valeurs Usuelles	Antériorité
TAUX DE PROTHROMBINE				
Patient	:	12,10	sec.	
Taux de prothrombine	:	100,00	%	(70 - 100)
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE				
Temps du patient	:	25,00	Sec	(25 - 38)
Ratio patient / témoin	:	1,00		(Inférieur à 1,2)

SERVICE LABORATOIRE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBA
INPE : 090063272
279, Bd Chefchaouni Ain Sebaa

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 07-04-2023

Facture N° 10744/23

A. Identification

N° Dossier : HPC23D06080802A

N° Identifiant : 036025/20

Nom & Prénom : M. OUASSINI ABDELALI

C.I.N : B344614

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-04-2023

Date Sortie : 07-04-2023

Médecin traitant : DR . BENSARDI FATIMA EZZAHRA

Traitement : VESICULE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	ECG		0,00			0,00
Total Rubrique :						0,00
LABO INTERNE						
1	HPC LABO		118,95			118,95
Total Rubrique :						118,95
PARTIE CLINIQUE :						118,95
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 118,95

CENT DIX-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUINZE CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Honoraires

Casablanca , le 14/04/2023

Dossier N°: 060423-681 du: 06/04/2023

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SBAA

Médecin Dr :BENSARDI FATIMA EZZAHRA

Matricule : 36025

Patient :Mr OUASSINI ABDELALI

Analyses	Cotation	Montant
TAUX DE PROTHROMBINE	40	53,600
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE: TCA	40	53,600
Prélèvement sang veineux	1	11,750
Total B		80
Total en dirhams		118,95

SERVICE LABORATOIRE
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBA
INPE : 090063272
279, Bd Chefchaouni Aïn Sebaâ