

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053911

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694 Société : AS9978

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : EL ABOLLI RAHMA Age :

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

Nature de la maladie : Amputation du doigt

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



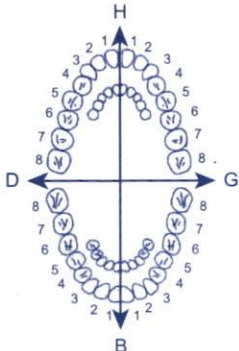
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

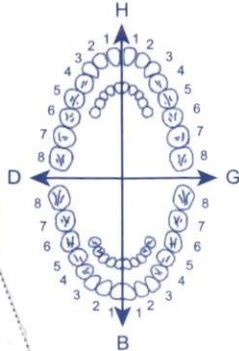
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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 <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000                 </div> <div style="text-align: left;"> <b>G</b>                      21433552                      00000000                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: left;"> <b>D</b>                      00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: left;"> <b>B</b>                      00000000                      11433553                 </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

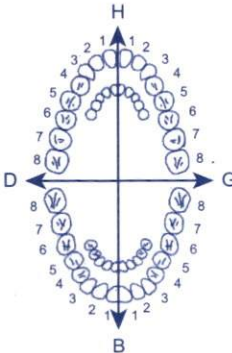
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<b>D</b>	00000000 35533411	<b>G</b>	00000000 11433553
	<b>B</b>	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

**MONTANTS DES SOINS**

**DATE DU DEVIS**

**DATE DE L'EXECUTION**

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



# عيادة الشفاء CLINIQUE CHIFA



060002557

## ORDONNANCE

Berrechid, le : ..... 05 05 2023 .....

Mme: ELABOLLI RAHMA

Dr. M. MOUNSEINE  
Traumato - Orthopédie

① - Ziv LOX (100mg)

1cp x 3

② - SEPCE N (500mg)

2 cp x 3

③ - Flagyl (500mg)

3 cp x 3



7، تجزئة جدة - برشيد الهاتف / الفاكس : 05 22 32 42 80 المحمول : 05 61 14 32 05

7, Lotissement Jaddah - Berrechid Tél./ Fax: 05 22 32 42 80 Gsm: 06 61 14 32 05





# عيادة الشفا CLINIQUE CHIFA

le 05.05.2023

Compte Rendu opératoire



060002557

Mme: ELAB DLI. RAHMA.

diabétique en Sucre no  
depuisant, forte  
un phlegme de 8 doigts  
gauche, opérée drainage  
complicée de Necrose de  
8 doigts.

CM: Son Anesthésie Générale  
Amputation de 8 doigts.  
Per os Antibiotique.

Dr. H. MOUSINE  
Traumatologie - Orthopédie



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة

Gsm :06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



# مركز الشفاء CLINIQUE CHIFA

Berrechid le :05/05/2023

**FACTURE:N°P72/23**



060002557

**Nom et prénom : EL ABDLLI RAHMA**

**Date d'entrée :05-05-2023**

**Date de sortie :05-05-2023**

INTITULE	JOUR	QTE	PU	MT
Chambre simple	1		400	400,00
Bloc opératoire K30				700,00
<b>Sous Total Clinique</b>				1 100,00
<b>***HONORAIRES***</b>				
Dr MOUHSIN K30				1 100,00
Dr EL OUASSI K15				300,00
<b>Sous Total Honoraire</b>				1 400,00
<b>TOTAL</b>				2 500,00

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:**

**DEUX MILLE CINQ CENT DHs**



**7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7**

**Gsm :06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682**

**Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098**

**ICE: 001785613000068**



# مركز الشفاء CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 05/05/2023



060002557

## NOTE D'HONORAIRES

DR MOUHSIN Mme : EL ABDLLI RAHMA

*D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour K30*

*S'élevant à la somme de mille cent (1100.00) dirhams.*



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068





# مركز الشفاء CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 05/05/2023



060002557

## NOTE D'HONORAIRES

DR EL OUASSI Mme : EL ABDLLI RAHMA

*D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour K15*

*S'élevant à la somme de trois cent (300.00) dirhams.*



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068

**BILLET DE SORTIE**

**URGENCES 24H / 24H**

---

7, Lotissement JADDAH Route De Marrakech - Berrechid

Gsm: 06 61 14 32 05 / Tél.fax : 05 22 32 42 80



Nom : ELABD LIJ

Prénom : RAHMA.

Date d'Entrée : 05.05.2023

Date de Sortie : 05.05.2023

Médecin Traitant : DR. Nou Asin.

Diagnostic : Amputation du doigt

Traitement :

Ordonnance :

V. à



R.D.V

Rdv pour le  
changement de pansement  
chaque jour  
au h  
=

