

# 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

M22- 0025767

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 724 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KASMI NOUREDDINE 162 033  
Date de naissance : 01 01 1948  
Adresse :  
Tél. : 06 612955 40 Total des frais engagés : 600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Service Admission  
Clinique Internationale de Mohammed VI  
Boulevard Mohammed VI  
Mohammed VI  
INPE: 060065182

Date de consultation : 30/13/2023

Nom et prénom du malade : ELKASBI Fatima Age: 70 ans

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

Nature de la maladie : DMLA

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 : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

**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



### 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
30-3-23	CS		300,00	<b>Dr AHMED SCHERIFF HUSSEIN</b> Médecin Anesthésiste Réanimateur <b>Clinique Internationale de Mohammadia</b>

### 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
<b>Clinique Internationale de Mohammadia</b> Boulevard Mohammed VI (à côté Marjane / Station shell) N°INPE: 060065182 Tel: 0523 28 91 91 - Mohammadia	30/03/23	Rx Genciv F+P	300,00 dts

### AUXILIAIRES MEDICAUX

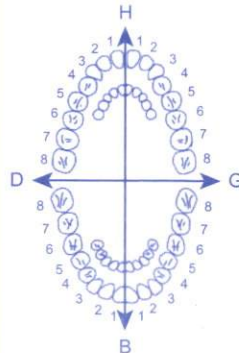
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

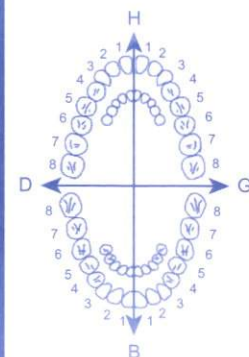
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS 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

# CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA



MOHAMMADIA Le :

## Facture N° PreFacture

### A. Identification

N° Dossier : CIM23C30130352 N° Identifiant : 000429/23  
**Nom & Prénom : Mme EL BELKASMI ZOUBIDA**  
 C.I.N : B407015  
 Adresse : LOT ESSANAWBAR SUD BLOC D N 42 ELMANSOURIA

### 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 : 30-03-2023

Date Sortie :

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

**Clinique Internationale  
de Mohammadia** ①  
 Boulevard Mohammed VI  
 ( à côté Marjane / Station shell)  
 N°INPE: 060065182  
 Tel : 0523 28 91 91 - Mohammadia

# CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA



MOHAMMADIA Le : 30-03-2023

Facture N° 00473/23

**A. Identification**

N° Dossier : CIM23C30134306

N° Identifiant : 000429/23

**Nom & Prénom : Mme EL BELKASMI ZOUBIDA**

C.I.N : B407015

Adresse : LOT ESSANAWBAR SUD BLOC D N 42 ELMANSOURIA

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 30-03-2023

Date Sortie : 30-03-2023

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	GENOU DROIT FACE + PROFIL		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

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

**Clinique Internationale**  
signature de l'assuré  
Boulevard Mohammed VI  
(à côté Marjane / Station Shell)  
N°INPE: 060065182  
Tel : 0523 28 91 91 - Mohammedia





AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammadia  
المصحة الدولية للمحمدية

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE  
مركز الفحص بالأشعة

- IRM Haut champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Coloscopie virtuelle • Angio-scanner / Angio IRM
- Dentascanner Radiologie Standard Numérique • Echographie / Echo Doppler • Mammographie Numérique
- Radiologie Interventionnelle • Coroscanner sur RDV • Panoramique Dentaire

Mohammadia le **30/03/2023**.....

PATIENT : **EL BELKASMI ZOUBIDA**

PRESCRIPTEUR: **ANESTHESISTE REANIMATEUR**

### **GENOU DROIT FACE + PROFIL**

#### **RESULTATS :**

Légère déminéralisation de la trame osseuse.

Pincement modérée de l'interligne articulaire fémoro-tibial avec quelques ostéophytes marginales bilatérale, sans géode sous-chondrale.

Absence de lésion osseuse post-traumatique ni focale suspecte.

Absence de calcification péri-articulaire.

Absence d'anomalie notable des parties molles.

Merci de votre confiance  
Clinique Internationale  
de Mohammadia  
Boulevard Mohammed VI  
(à côté Marjane / Station Shell)  
N°INPE: 060065182  
Tel : 0523 28 91 91 - Mohammadia



AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammadia  
المصحة الدولية للمحمدية

Mohammedia, le...

30/08/23

Bef KA SMI Zoubita

Radio genou droit  $\leftarrow \begin{matrix} F \\ P \end{matrix}$

Dr AHMED SCHERIFF HUSSEIN  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Clinique Internationale  
de Mohammadia