

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canaux, 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 canaux.

## 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

## Declaration de Maladie

N° W21-612433

par  
con  
16/07/23

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 0405 Société : Royal Air Maroc RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : JABER EL HOUSSEINE

Date de naissance : 1941

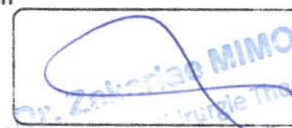
Adresse : Route EL Aouine Lot 13 N°4

Tél : 05 36 74 39 52 Total des frais engagés : #1360,00# Dhs

0661899879

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2023

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

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 : 02/06/2023

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.

MUPRAS : Centre Alal Ben Abdellah - Route El Hadj Abdel Rahman Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (RG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
02/06/2023				IMP : 01813125129

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
Dr. AFILAL HESARI Résidente CHU Mohammed VI - Oujda	02/06/23	136	136

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. Zakaria Résident en Chirurgie Thoracique CHU Mohammed VI - Oujda	05/06/2023					

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	IMP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433550</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	21433550	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS [ ]	
	H																	
	25533412	21433550																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse		DATE DU DEVIS [ ]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Nom du Patient : Tabar El Hassan Date : 02/06/2023

IP: 291160 Ordonnance

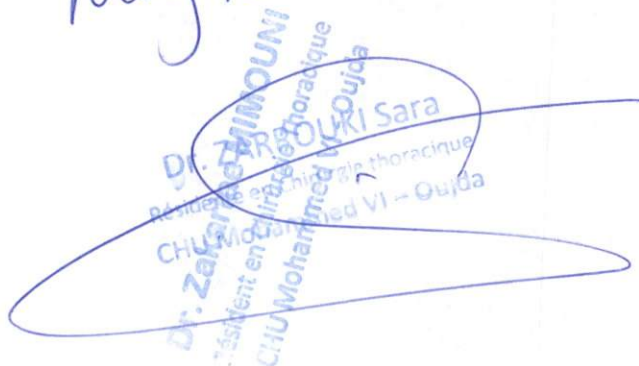
IP = 401382

RDV BTP

le 05/06/2023

Accord-Pr. Nadjirs



  
Dr. Zakaria El Moumouni  
Président en Clinique thoracique  
CHU Mohammed VI - Oujda



Facture N° 2023/S/79973

Organisme : MUPRAS



Bénéficiaire			Adhérent	
IP : 401 382	DI : 2 170 497	N° : 9 185 243	Nom et prénom : JABER EL HOUCINE	
Nom et prénom : JABER EL HOUCINE			N° Immatriculation : 00	
N° CIN : F749			N° Affiliation :	
Date Consultation : 05/06/2023 10:05:32			Lien avec l'assuré :	
Service : RADIOLOGIE				

Code	Description	Quantité	Prix	Total Net
J103	Laparoscopie: avec biopsie	1,00	520,00	520,00
TDM	TOMODENSITOMETRIE	1,00	840,00	840,00

Arrêtée la présente facture à la somme mille  
trois cent soixante Dhs et zéro centimes

Total Général : 1 360,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Créé par : SQAROUACH

Le : 05/06/2023 10:20:58

Imprimée par: SQAROUACH

Le : 05/06/2023 10:20:59



**Chef de service et PES :**

Pr Imane Skiker

**PES :**

Pr Imane Kamaoui

**Professeurs Assistants :**

Pr Siham Nasri

Pr AichouniNarjisse

**Major du service :**

Mr.LaaroussiMohammed

**Résidents :**

Dr Benmoussa Youssef

Dr MiraliHouda

Dr Mahmoudi Laila

DrBendaoudMostapha

Dr Kora Ganniguichristine

DrLokman Salma

Dr Ouajdi Rim

DrAbdelouahhabHajar

Dr El ArabiSoumia

DrAididFathia

DrKennoudi Nora

Dr Aissaoui Rihab

Dr Abbou Widad

Dr Guerrouj Imane

Dr BouamamaTayeb

Dr BelhartiAahd

Dr El Bekkaoui Mehdi

Dr Ahsayen Fatima Zahra

Dr El Aggari Hanane

Dr Amane Yassine

Dr Missaoui Zakaria

Dr Arghal Mohammed

Dr GuemmiIbtissam

Dr El Abbassi Oussama

Dr DiouriLamaya

Dr MahjoubaHajar

Dr Ziani Hamid

DrHaddar Karim

Oujda, le 06/06/2023

Nom et Prénom : JABER EL HOUCINE

Type d'examen : BIOPSIE TRANSPARIÉTALE THORACIQUE SOUS  
SCANNER

Age : 81 ANS

IP Patient : 401382

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

Patient âgé de 81, hypertendu sous traitement, suivi pour une cardiopathie non documentée, qui présente des lésions osseuses sternales.

**RESULTAT :**

- On réalise une acquisition de repérage pour définir la coupe de référence.
- Asepsie stricte de la peau à la Bétadine.
- Anesthésie locale à la xylocaïne.
- Repérage du trajet de biopsie.
- On réalise 1 prélèvement à l'aide d'un pistolet semi-automatique 18 G muni d'un système co-axial.
- Acquisition de contrôle pour dépister d'éventuelles complications.
- Pas de complication au cours ou au décours immédiat de la procédure.

*Dr Mouna/Dr Afilal/Dr Diouri/Pr Aichouni/Pr Nasri/Pr Skiker*

*Dr. AFILAL Ihssane*  
Résidente en Radiologie  
CHU Mohammed VI : Oujda

QUITTANCE ESPECE

INTITULE CAISSE : CAISSE CENTRALE

EXERCICE BUDGETAIRE :

RECU DE M/MME :

N° CINE :

LA SOMME DE (EN LETTRE) :

5 A 3 2 R 12 14 06 20  
N° : 203565  
Mille cent 86 de

N° FACTURE	NATURE DE RECETTE	TYPE DE PRESTATION	SOMME
575573	TDM		1360,-
TOTAL			

Observations:

LE :

Caissier :

(cachet et signature)

Cette quittance fournie en un seul exemplaire