

# 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

- 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'Il.  
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

M23-010840

172611

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2102 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAHOU KASSI Fouad  
 Date de naissance : 15/07/1952  
 Adresse : 19, rue Lahcen El Arjoune Cas  
 Tél. : 0655042456 Total des frais engagés : 6518,94 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr AMINE BELMOUBARIK  
Traumatologue Orthopédiste  
INPE 091174458  
 Date de consultation : 19/08/2023  
 Nom et prénom du malade : KABBAT S. Age: 63ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : imprudence (accident domestique)  
 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 : Casa Le : 22/08/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

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          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/08/2023      | USP               | 1                     | 549,94                          | Dr. AMINE BELMOUBARIK<br>Traumatologue - Orthopédiste<br>ISPE 091174458 |

# 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

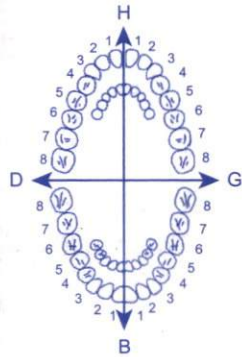
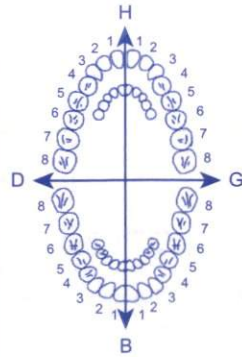
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 <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  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <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 <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |  | 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 AL MASSIRA.

## F A C T U R E

N° : 3612 / 2023 du 19/08/2023

Nom patient **KABBAJ SELOUA**  
**PAYANT**

Entrée 19/08/2023

Sortie 19/08/2023

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire     | Montant         |
|-----------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| SEJOUR                      | 1.00   |            | 400.00            | 400.00          |
| RX                          | 1.00   |            | 300.00            | 300.00          |
| BLOC                        | 1.00   | K          | 600.00            | 600.00          |
|                             |        |            | <i>Sous-Total</i> | 1 300.00        |
| PHARMACIE                   | 1.00   |            | 618.94            | 618.94          |
|                             |        |            | <i>Sous-Total</i> | 618.94          |
| <b>Total Clinique</b>       |        |            |                   | <b>1 918.94</b> |

|                                 |      |  |                   |                 |
|---------------------------------|------|--|-------------------|-----------------|
| DR. BELMOUBARIK (traumatologue) | 1.00 |  | 4 000.00          | 4 000.00        |
| ANESTHESISTE REANIMATEUR (anes) | 1.00 |  | 600.00            | 600.00          |
|                                 |      |  | <i>Sous-Total</i> | 4 600.00        |
| <b>Total Autres prestations</b> |      |  |                   | <b>4 600.00</b> |

|   |              |                 |
|---|--------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>                  | <b>Total</b> | <b>6 518.94</b> |
| SIX MILLE CINQ CENT DIX-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATORZE CENTIMES |              |                 |

**CLINIQUE AL MASSIRA**  
INP-090003254  
5, Rue MOKRI - Casablanca  
Tél: 3522 39 40 41 - Fax: 3522 39 14 15

Compte Rendu opératoire

Mme KABBAG SELOVA

Plaie complexe de la cage thoracique gauche.

CFO :

- En PD, AS AG, OP, TO, TC, ATB, Amp de distance
- Passage et excision des bords décollés d'une plaie complexe de la cage thoracique gauche.
- A l'exploration on objective en corps charnu du muscle costal abducteur + costal fléchisseur.
- Lésion tendineuse partielle du long fléchisseur du p. (à respecter).
- Lavage + suture cutanée.
- Pansement.

CLINIQUE AL MASSIRA  
IMP: 090002254  
5, Rue MOKRI - Casablanca  
Tél: 0522 39 40 41 - Fax: 0522 39 14 15

Dr. AMINE BELMOUBARIK  
Traumatologue Orthopédiste  
IMP: 091174458

19/08/2023

KABBAJ SELOVA

Rx poignet gauche  
F + B

**Dr. A. BELMOUBARIK**  
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE  
Clinique AL Massira  
5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur  
158 Bd. d'Anfa) - Casablanca  
Tél: 05 22 39 40 41 - 06 61 39 41 44  
INPE: 091174458

**CLINIQUE AL MASSIRA**  
INP: 090002254  
5, Rue MOKRI - Casablanca  
Tél: 0522 39 40 41 - Fax: 0522 39 14 15

Nom du patient : **KABBAJ SELOUA**

Date de l'examen : **19/08/2023.**

Examen réalisé : **Radiographie du poignet gauche F+P.**

**RESULTATS :**

- Absence de trait de fracture.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'anomalie des parties molles.

*En vous remerciant de votre confiance.*  
**DR EL ALAMI**

Dr EL ALAMI FATMA ZOHRA  
RADIOLOGUE  
INPE: 091218958  
091218958

CLINIQUE AL MASSIRA  
5, Rue Mokri  
Casablanca N° 01  
Tél: 022 39 40 41 - Fax: 022 39 14 15

## ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

|                             |                  |           |
|-----------------------------|------------------|-----------|
| Nom patient : KABBAJ SELOUA | N° Facture 3 612 | 23H191428 |
|-----------------------------|------------------|-----------|

| Produit                           | Quantité | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------------|----------|---------------|---------|
| ATROPINE IMG INJ (100)            | 1        | 1.78          | 1.78    |
| BAITANET 5 L (20)                 | 1        | 14.70         | 14.70   |
| BANDE DE VELPEAU 10 (001)         | 2        | 30.00         | 60.00   |
| CALCIUM GLUCONAT 10 ml AMP (50)   | 1        | 3.63          | 3.63    |
| COMPRESSE STER. 10X10 (010)       | 1        | 15.00         | 15.00   |
| DIPRIVAN 200 MG INJ (05)          | 1        | 39.08         | 39.08   |
| ELECTRODES (001)                  | 3        | 10.00         | 30.00   |
| FENTANYL 100 µg/2ml INJ (10)      | 1        | 4.78          | 4.78    |
| FLUIDE MEDICAUX (001)             | 30       | 5.00          | 150.00  |
| GANT STERILE DERMARE 7 (01)       | 1        | 35.00         | 35.00   |
| GANT STERILE N°7 (001)            | 1        | 16.00         | 16.00   |
| INTRANULE ROSE 20 G (001)         | 1        | 20.00         | 20.00   |
| LUNETTE A OXYGENE adult (001)     | 1        | 50.00         | 50.00   |
| MIDAZOLAM HEMOLA 5MG/5ML INJ (10) | 1        | 7.87          | 7.87    |
| PROLENE 4/0 CR17MM 3/8 (01)       | 1        | 133.60        | 133.60  |
| SERINGUE 20 CC (001)              | 1        | 4.00          | 4.00    |
| SERINGUE 5 CC (001)               | 1        | 3.50          | 3.50    |
| SERUM SALE FL 500 ML INJ (01)     | 1        | 14.00         | 14.00   |
| SPARADRAP PHARMAFIX 10*10 (03)    | 1        | 16.00         | 16.00   |
| Total pharmacie                   |          |               | 618.94  |

  
**CLINIQUE AL MASSIRA**  
 INP:090002254  
 5, Rue MOKRI - Casablanca  
 Tel:022394041 - Fax:022391414

**CLINIQUE AL MASSIRA.****NOTE D'HONORAIRES****Le : 19/08/2023****Références**

3 612 / 230822103522012901

PAYANT

**Entrée / Sortie : 19/08/2023 - 19/08/2023****Le Dr. BELMOUBARIK****présente à Mme KABBAJ SELOUA****sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
4 000.00 Dhs (QUATRE MILLE DIRHAMS)****et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués**

**Dr. A. BELMOUBARIK**  
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE  
Clinique Al Massira  
5, Rue Ahmed Mowl (Hauteur  
156, Bd. D'Alger, Casablanca  
Tél: 05 22 39 40 41 / 06 61 39 41 44  
INPE: 091174458

*Cachet et signature*

Le : 19/08/2023

Références

3 612 / 230822103545012902

PAYANT

Entrée / Sortie : 19/08/2023 - 19/08/2023

Le . ANESTHESISTE REANIMATEUR

présente à Mme KABBAJ SELOUA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
600.00 Dhs (SIX CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Ait Rahal Abdellatif  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE : 091188151  
Casablanca

Cachet et signature

# CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **KABBAJ SELOUA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **BELMOUBARIK**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **19/08/2023**

Date sortie **19/08/2023** **18:16**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : **B.HICHAM** 22/08/2023 10:43

23H191428

**CLINIQUE AL MASSIRA**  
INP: 090002254  
5, Rue MOHRI - Casablanca  
Tel: 0522 39 40 41 - Fax: 0522 39 14 15