

# 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'Unité  
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

M23-008166

183785

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 528 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENOUMOUH MOHAMED

Date de naissance : 29/01/42

Adresse : 3, Rue Sana Ibn Zouhair, 3ème étage App. 5  
ESC B QUARTIER PALMIER - CASABLANCA

Tél. : 0522 250700 Total des frais engagés : 850,00 Dhs

CIN : 666880612

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr JANATI ADNANE  
Anesthésiste - Réanimateur

Date de consultation : 16/11/2023

Nom et prénom du malade : BENOUMOUH Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 : CASA Le : 20/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 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
16/11/23	CS		400,00	
16/11/27	ECG		150,00	
16/11/27	Perfusion		300,00	

14/11/23	CS		400,00	Dr JANAT
14/11/27	Inf		1.000,00	Anesthésiste Réanim
16/11/23	Perfusion		300,00	

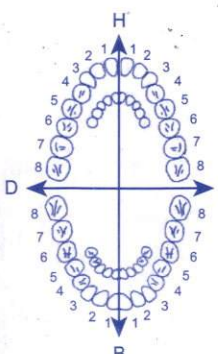
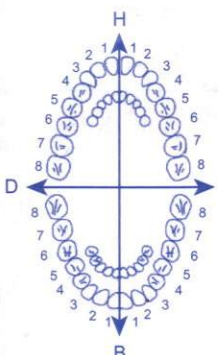
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

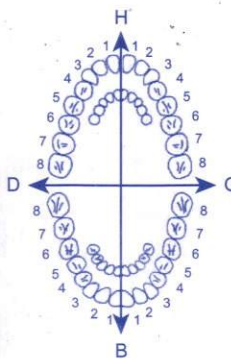
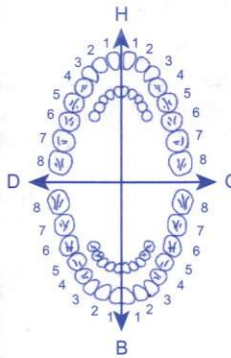
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CœFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Reçu de caisse

- Nom et prénom du patient: **BENOUHOUD Mohamed**
- N° d'admission: **001-3498/23**
- Motif d'hospitalisation: **Consultation En Urgence**
- Modalité de paiement: **Dossier Mutuel**
- Type d'opération: **Encaissement**
- Date d'encaissement: **16/11/2023**
- N° de l'ordre d'encaissement: **11429**
- Mode de paiement: **Espèces**
- Nature de paiement: **Paielement**
- Référence:

**Montant : 850,00 MAD**

\*Reçu établi par : **Ayoub Benjdida**

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA  
Réception  
FADLOLLAH 3 ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA 20000 - 202873282000046  
RC 516579-TP 202873282000046





# المصحة الأوروبية للدار البيضاء

## CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Facture

Group: CEC

Hopital: Clinique Européenne de Casablanca

Tél: 05 22 36 33 33

Patient: BENOUBOU Mohamed

Modalite de Paiment: Dossier mutuel

Organisme: MUPRAS

ICE Organisme: 001526005000070

Facture N°: 4341/2023

Facturée le: 2023-11-16

Entrée le: 2023-11-16

Sortie le: N/A

Prestation	Quantité	Tarif unitaire	Montant total
Consultation En Urgence	1	400.00	400.00
Electrocardiogramme (Ecg)	1	150.00	150.00
Perfusion	1	300.00	300.00
			<b>Total</b>
			<b>850,00 MAD</b>

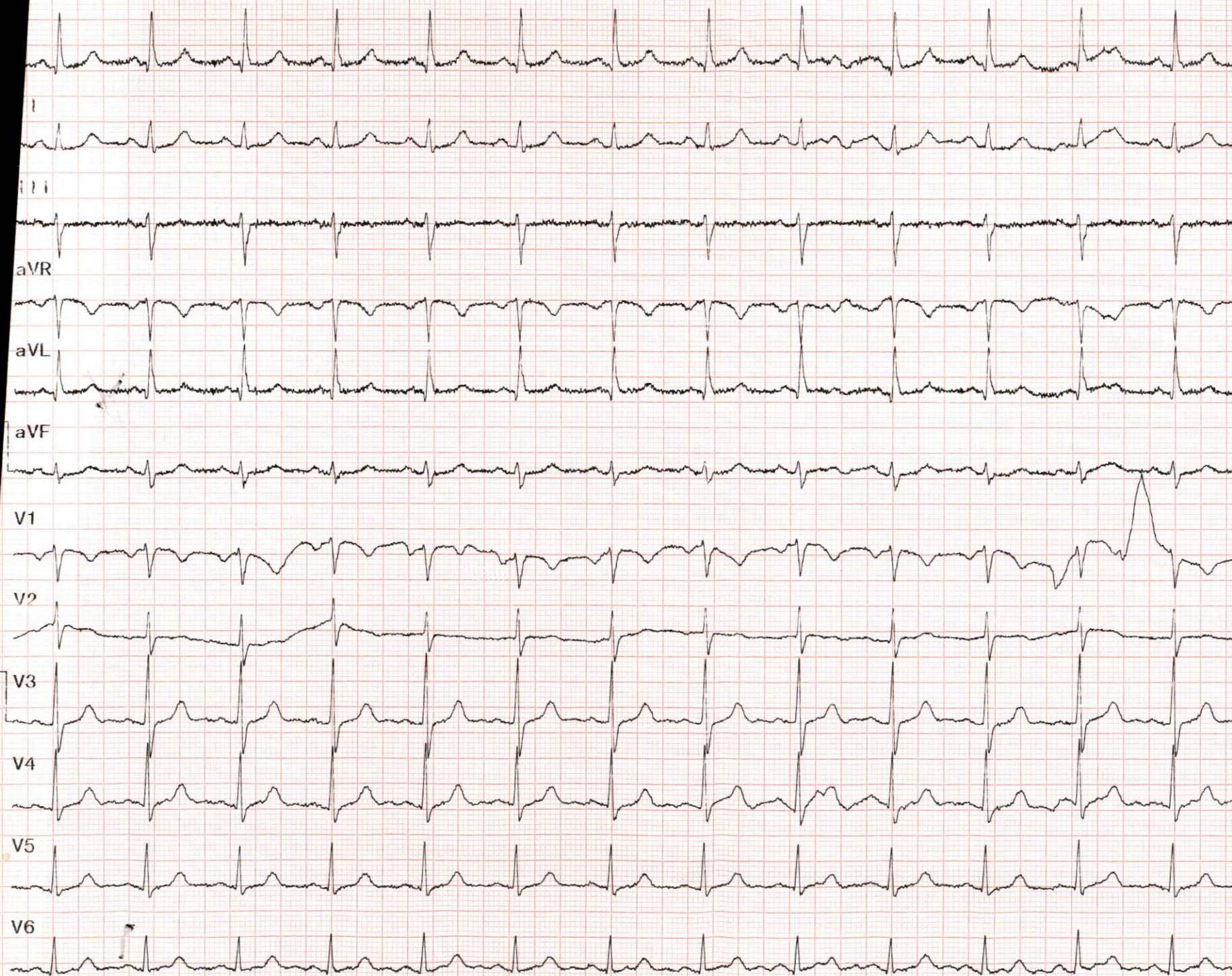
Arrête la présente facture à la somme de:  
**Huit Cent Cinquante Dirhams Et Zéro Centimes**

### Encaissements

Encaissement Patient	850,00 MAD
Encaissement Organisme	0,00 MAD
Encaissement Total	850,00 MAD
Solde	0,00 MAD

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA  
FADLOLLAH - ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA - MAROC 20000  
RC 516579 - IF 50518280 - TP 36003802  
RIB 080804888





ID : 2311160000  
 Patient ID:  
 Name :  
 Sex :  
 Age :  
 Divisions:  
 l'hôpital NO.:  
 Hospital:

DataTime: 2023-11-16 19:33  
 Height : cm  
 Weight : kg  
 BP : mmHg  
 LIT PAS.:

HR 82 bpm  
 P Dur/PR int 114/168ms  
 QRS Dur 106ms  
 QT/QTc int 370/433 ms  
 P/QRS/T axis 49/-5/38 °

RV5/SV1 amp 0.913/0.620mV  
 RV5+SV1 amp 1.533mV  
 RV6/SV2 amp 0.736/0.410mV

Minnesota Code  
 9-3-2(aVR, V1)  
 9-4-1(V3)

Diagnosis Info  
 800 rythme sinusale  
 307 atriomégalie gauche

BENOUAOU  
 MOHAMED