

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 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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-483964

195457

194678

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7852 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAYAN DHABI MOHAMED

Date de naissance : 06.10.68

Adresse : HAY SALAM LOT 8 THEMIS RUE 3, N° 26

CASA

Tél. : 06 63 70 8088 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid OULAHYANE
Professeur en Chirurgie Pédiatrique
Urologie-Viscéral-Traumatologie
Clinique les Ambassadeurs
Tél : 06 61 22 47 67
INPE: 101222024

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : Hayan DHABI MOHAMED

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

Nature de la maladie : Cirrhose

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 : 24/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/10/2022	M. oculaire		120,00	<p>Dr. Rachid OULAN Professeur en Chirurgie Pédiatrique Urologie-Viscéral / Anesthésiologie Clinique les Amalgameurs Tél : 06 61 22 47 67 INPE - 180101 Dr. IABRANI Khalil Anesthési</p>
	M. fémur		300,00	

Pr. Rachid OULAN
Professeur en Pédiatrie
Urologie-Viscère-Rhumatologie
Clinique les Ambassadeurs
Tél : 06 61 22 47 67
INPE: 1011212121
Pr. JABRANI Khalil
Spécialité: Anesthésie

EXECUTION DES ORDONNANCES		Réamplification des Ambassades	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture	Montant de la facture
PHARMACIE DES FACULTES Dr. Lamire BENNANI Sola Al Jadida, 204 el 205, Msaine T. Maamora, Rés. Al Jamia, N°3 Tél: 05 37 82 75 82 82076650	30/11/23	42,80	42,80

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

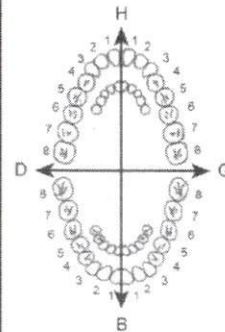
PHARMACIE DES ACROÛTES
Dr. Lamiae BENNANI
Solel Al Jodida, 204 et 205, Médiane
St. Maamora, Rés. Al Jamila, N°2
Tél: 05 37 82 75 92

102076650

12.82

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom.

	H	
25523412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Rabat le

06/23

Dr. Rachid Oulahyane
Professeur en Chirurgie Pédiatrique
Urologie-Visceral-Traumatologie
Clinique les Ambassadeurs
Tél : 06 61 22 47 67
INPE: 101222024

12.80

- Deprene. 300 mg
- Suprax 450 mg x 3
- Tobine. 800 mg

30.00

42.80

PHARMACIE DES FACULTES
Dr. Lamiae BENNANI
Sala Al Jadida, 204 et 205, Msaine
Al Maamora, Rés. Al Jamila, N°2
Tél : 05 37 75 55 55

Pr. Rachid OULAHYANE
Professeur en Chirurgie Pédiatrique
Urologie-Visceral-Traumatologie
Clinique les Ambassadeurs
Tél : 06 61 22 47 67
INPE: 101222024



Rabat Le : 02/10/2023

NOM DU PATIENT : HAYANI DHIBI TAHA

DIAGNOSTIC : CIRCONCISION

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Décalotage du prépuce
- Section du prépuce
- Hémostase

Pr. Rachid OUIAHYANE
Président en Chirurgie Pédiatrique
Urologie Générale - Traumatologie
Clinique les Ambassadeurs
Tél : 06 01 22 47 67
INPE: 101222024

CLINIQUE LES AMBASSADEURS

MEDICO-CHIRURGICALE-
LOT.N°3, AL HOUDA SOUISSI
RABAT

F A C T U R E

N° 7 575 / 2023 du 02/10/2023

Nom patient	HAYANI Dhibi TAHA	Entrée 02/10/2023	Sortie 02/10/2023
Prise en charge	PAYANTS		

CIRCONCISION

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. JABRANI KHALIL (reanimateur)	1.00		300.00	300.00
PR. OULAHYANE RACHID (chirgien pediater)	1.00		1 200.00	1 200.00
			Sous-Total	1 500.00
FRAIS CLINIQUE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total prestations externes				1 800.00

	Total général	1 800.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE HUIT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 800.00				1 800.00	0.00

Clinique Les Ambassadeurs
Clinique multidisciplinaire
Lot. N°3 - Lot. Al Houda, Souissi - Rabat
Tél: 0537755655 Fax: 0537755955

CLINIQUE LES AMBASSADEURS**NOTE D'HONORAIRES****Le :** 02/10/2023**Références** 7 575 / PAYANT**Entrée / Sortie :** 02/10/2023 - 02/10/2023**Le Dr. JABRANI KHALIL****présente à :** HAYANI DHIBI TAHA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de**
300.00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS**et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués**

Pr. JABRANI Khalil
Réanimateur Anesthésiste
Clinique Les Ambassadeurs
INPE: 101099075

*Cachet et signature***CLINIQUE LES AMBASSADEURS****NOTE D'HONORAIRES****Le :** 02/10/2023**Références** 7 575 / PAYANT**Entrée / Sortie :** 02/10/2023 - 02/10/2023**Le Pr. OULAHYANE RACHID****présente à :** HAYANI DHIBI TAHA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de**
1 200.00 Dhs MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués**

Pr. Rachid OULAHYANE
Professeur en Chirurgie Pédiatrique
Urologie-Viscérale-Traumatologie
Clinique Les Ambassadeurs
Tél : 05 61 22 47 67
INPE: 101222024

Cachet et signature

CLINIQUE LES AMBASSADEURS
MEDICO-CHIRURGICALE-
LOT.N°3, AL HOUDA SOUISSI
RABAT

Reçu de caisse

N°: 23100209140011201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
231002090932K.-001	HAYANI DHIBI TAHA	02/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 800,00
PAYANT	Total payé	1 800,00
MILLE HUIT CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : KARIMA

Clinique Les Ambassadeurs
Clinique Multidisciplinaire
Lot. N°3, Lotissement Al Houda, Souissi-Rabat
Tél.: 05 37 75 56 55 - Fax : 05 37 75 59 55
GSM : 06 61 99 96 99 - 06 61 99 15 39