

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-422897

79992

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8645 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAJIB SAID
Date de naissance : 10/02/1970
Adresse : 05 Rue d'OUKHMANI Apt 21 BEAUFORT CARA
Tél. : 06 66 27 37 6 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BOUZIANE Azeddine
Chirurgie Générale
Proctologie Coléo Chirurgie - Echographie
538, Bd 2 Mars Hdaouia II, Ain Chok - Cas
Tél : 05 22 21 88 / 05 22 21 88 / 05 22 21 64 68
Fax : 05 22 21 64 68
Date de consultation : 07/07/2021
Nom et prénom du malade : HAJIB SAID Age : 51
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : voir pli confidentiel
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 : 07/07/2021

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	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	INP : <input type="text"/>	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 00000000 25533411 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 AIN CHOCK

HASIB
Said

Casablanca le : 07.07.21

PLI CONFIDENTIEL

CLINIQUE :

53 ans Suivi pour
LMH présente l'apparition
d'adénopathies cervicales
récentes.

TRAITEMENT :

Biopsie ganglionnaire
cervicale
K20

DUREE :

Dr. BOUZINE
Signature de Médecin
Chirurgie Générale
Proctologie Coelie Chirurgie Endoscopie
548, Bd. 2 Mars Haddaouia II, Ain Chock
Tél : 05 22 87 02 05



معيّة عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

Casablanca, le 07/07/2021

FACTURE N°P322-2020

Nom et Prénom : HAJIB SAID

DATE D'ENTREE : 01/07/2021

DATE DE SORTIE : 01/07/2021

INTITULE	JR	Qté	P.U	Montant
BLOC OPERATOIRE		K20	900,00	900,00
PERFUSION		1	200,00	200,00
Sous Total Clinique				900,00
*** HONORAIRES****				
DR A,BOUZIANE		1	800,00	800,00
DR K DAOUDI		1	300,00	300,00
Total				1 100,00
TOTAL				2 000,00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE DIRHAMS.

CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars - Haddaouia II - Casablanca
Tél : 05 22 50 13 50 / 05 22 21 21 88 - Fax : 05 22 21 64 68 - ICE : 001630160000012
L.E. n° : 2202108 - Patente : 34024485 - CNSS : 6289591 - La Banque Central Populaire Agence Ain Chock : 1907802121118279500003 45



Casablanca le 07/07/2021

- ♦ NOM ET PRERNOM :HAJIB SAID
- ♦ CHIRURGIEN :DR A. BOUZIANE.....
- ♦ ANESTHESISTE :DR K DAOUDI.....
- ♦ DIAGNOSTIC :

.....Lymphome Hôpital Kien
.....Reclut

COMPTE RENDU OPERATOIRE

53 ans

Survie pour L.M.H.

présente des adénopathies cervicales.

on pratique une biopsie
sur Cervicobas.

Ans : 53, AL :

Cervicobas

L'exploration trouve un ganglion

ganglionnaire profond, fixé

musculaire - Biopsie de 3 ganglions

Heureux

Lelevement pour
Angeffe.

Dr. BOUZIANE AZEDDINE
Chirurgie Générale
Proctologie Coelio Chirurgie - Echographie
548, Bd. 2 Mars Hdaouia II, Ain Chok - Cas
Tél : 05 22 87 02 25
SIGNATURE



CLINIQUE AIN CHOCK

NOTE D'HONORAIRES

HA

Le : 07/07/2021 10:50

Références

0 / Payant

N° 128544

Entrée / Sortie : 07/07/2021 - 07/07/2021

Le Docteur BOUZIANE A

présente à Mr HAJIB SAID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs (HUIT CENTS DIRHAMS)

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

Dr. BOUZIANE Azeddine
Chirurgie Générale
Proctologie Coelie Chirurgie - Echographie
548, Rd. 2 Mars Haddaouia II, Ain Chok - Casa
Tél : 05 22 50 13 50 - 05 22 21 21 88

Cachet et signature

CLINIQUE AIN CHOCK

NOTE D'HONORAIRES

HA

Le : 07/07/2021 10:50

Références

0 / Payant

N° 128545

Entrée / Sortie : 07/07/2021 - 07/07/2021

Le Docteur DAOUDI K

présente à Mr HAJIB SAID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

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

Docteur Khafid DAOUDI
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Ain Chok
Casablanca - Tél: 05 22 50 13 50 - 05 22 21 21 88
022 50 13 50 - Fax: 022 21 54 68

Cachet et signature



مركز عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

CLINIQUE AIN CHOCK

Centre Médico-Chirurgical

Casablanca

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 07/07/2021 Heure 07:48

Nom et Prénom du patient Mr HAJIB SAID

Age ou Date Naissance 50 - 10/02/1970

N° Cin du patient ou du tuteur BK 69766

Adresse 5 RUE EL OUKHOUANE APT 21 HAY RAHA CASA

Téléphone 06 66 27 33 76

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant BOUZIANE A

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

Motif d'hospitalisation BIOPSIE

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 07/07/2021

Heure 12:49

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature