

## 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'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° W21-660914

90736

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

**Dr Youssef EL ATTAR**

Cadre réservé au Médecin

**Gastro - entérologue**

**109, Bd DRISS EL HARTI**

**Casa - Tél: 05 22 37 37 83**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

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
DE	FARFAT		2650	
27/10/21				
DS	Colonne de la			
27/10/21				

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 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																	
	(Création, remont, adjonction) 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ABDELMOUMEN

Casablanca

RAPPORT MEDICAL

Notre référence 1J270833

Identité du patient AMINI ABDENBI

N° C.I.N du patient B784593

Adresse

---

Médecin traitant Dr. EL ATTAR YOUSSEF

Date intervention 27/10/2021

---

Nature de l'acte :  
coloscopie

Compte rendu :  
Coloscopie pour syndrome sub occlusif

Tumeur du colon transverse infranchissable par le coloscope

Le rectum ;le sigmoïde et le colon gauche sont normaux

Biopsies

Dr Youssef EL ATTAR  
Gastro - entérologue  
109, Bd Driss EL HARTI  
Casa - Tél: 05 22 37 37 83

# CLINIQUE ABDELMOUMEN

Bd. Abdelmoumen ,27 Rue Al Imam Boussairi -

France Ville

Tel :05 22 98 02 98- Fax : 05 22 98 05 06

Casablanca

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>Mr AMINI ABDENBI</b>		
Chambre :		
Médecin traitant	<b>EL ATTAR YOUSSEF</b>	
Prise en charge	<b>Payant</b>	
Date entrée	<b>27/10/2021</b>	
Date sortie	<b>27/10/2021</b>	<b>11:00</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major

  
Clinique  
Abdelmoumen  
Multidisciplinaire  
Bd. Abdelmoumen, France Ville - Casablanca  
Tel : 05 22 98 02 98 - Fax : 05 22 98 05 06



# CLINIQUE ABDELMOUMEN

Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi -  
France Ville  
Tel : 05 22 98 02 98 - Fax : 05 22 98 05 06

## F A C T U R E

N° : A 1537 / 2021 du 27/10/2021

Médecin traitant : DR. EL ATTAR YOUSSEF

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr AMINI ABDENBI	Payant	27/10/21	27/10/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE		1,00	900,00	900,00
			Sous/Total	900,00
Total clinique				900,00
DR. EL ATTAR YOUSSEF (gastro)	K	1,00	1 350,00	1 350,00
DR. B.MAKHLOUK/H.EL ABASSI (reanimation)	k	1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	1 750,00
Total autres prestations				1 750,00

Arrêtée à la somme de : DEUX MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	2 650,00
Encaissé espèces	Encaissé chèque	Total	Solde		
2 650,00		2 650,00			

Abdelmoumen  
multidisciplinaire  
J. Abdelmoumen, France Ville - Casablanca  
- Tel: 05 22 98 02 98 - Fax: 05 22 98 05 06

## CLINIQUE ABDELMOUMEN

## NOTE D'HONORAIRES

PH

Le : 03/11/2021 10:39

Références : 1537 / Payant  
Entrée / Sortie : 27/10/2021- 27/10/2021

N°138929

Le Docteur B.MAKHLOUK/H.EL ABASSI

présente à Mr AMINI ABDENBI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

Dr Habib EL ABASSI  
Anesthésiste Réanimateur

Docteur B. MAKHLOUK  
Anesthésiste - Réanimateur  
Diplômé de l'Université de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Cachet et signature

## CLINIQUE ABDELMOUMEN

## NOTE D'HONORAIRES

PH

Le : 03/11/2021 10:39

Références : 1537 / Payant  
Entrée / Sortie : 27/10/2021- 27/10/2021

N°138930

Le Docteur EL ATTAR YOUSSEF

présente à Mr AMINI ABDENBI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 350,00 Dhs (MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS)

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

Dr Youssef EL ATTAR  
Gastro - Entérologue  
109, Bd DRISS EL HARTI  
Casa - Tél: 05 22 37 37 83

Cachet et signature