

## 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.

118563

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015159

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01186 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : YAKOUTY IARI Date de naissance : 01/01/1950  
Adresse : HAY HANA RUE PASSAGE HASANE N°6 CASABLANCA  
Tél. : 0661747962 Total des frais engagés : 1226 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/05/2022  
Nom et prénom du malade : OUAHIA BOUJOURAJA Age : 25  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleur de poitrine  
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 : 31/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

### 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31.05.22        |                   |                       | 220 DHS                         |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

31.05.22 3268

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

31.05.22 220120 60000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

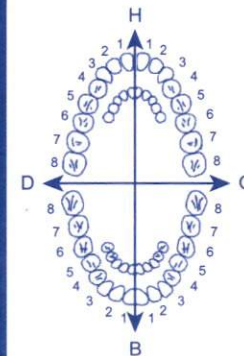
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

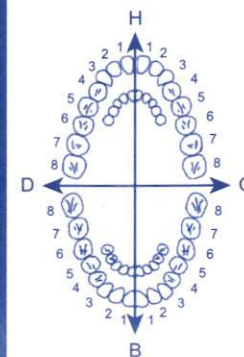
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca  
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le 31 05 2022

0  
NO - DOL CODEINE  
CP B20  
P.P.V : 28DH00  
6 118000 061861  
LOT : 21E008  
PER.: 08 2026

*OUSAAMA*  
Clinique Ain Borja  
25, Boulevard Ifni Ain Borja  
CASABLANCA ②  
Tél: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 41 11 12

0  
NO - DOL CODEINE  
CP B20  
P.P.V : 28DH00  
6 118000 061861  
LOT : 21E004  
PER.: 02 2026

3117  
LOT : 7014  
UT. AV : 03-23  
P.P.V : 31 DH 10

28,4 x 2  
56,8 209

*14* *20* *7* *2* *2* *19*

*Abdel* *Alou* *7* *3* *15*

LOT 210385  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

187.00

IMBRIK REPARATRICE  
LOT CASOT  
EXP 01/2025  
PPV 107 000DH

391

*002*

PHARMACIE YASMINE  
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 36 54 72

*20* *10* *10*

HADDOUN Ahmed Reda  
Professeur  
Traumatologie - Orthopédie  
Traumatologie du Sport  
Arthroscopie

32690

25, Bd. Ifni (en face de Lydec), Ain Borja, Casablanca  
Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24  
E-mail : direction@cliniqueainborja.ma  
Site web : www.cliniqueainborja.ma

*Abdel* *Alou* *7* *2* *2* *24*





AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca  
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le 31.05.2022

Mme, OUKAHOUS Rachida

- Rupture ligaments en  
avant & B

**HADDOUN Ahmed Reda**  
Professeur  
Traumatologie - Orthopédie  
Traumatologie du Sport  
Arthroscopie

**CLINIQUE AINBORJA**  
Service Radiologie  
Tél : 05 22 41 63 63  
Fax : 05 22 40 11 12

# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 31-05-2022

|   |                               |                    |                |  |             |                      |               |                 |
|---|-------------------------------|--------------------|----------------|--|-------------|----------------------|---------------|-----------------|
| <b>Facture N° 06621/22</b>  |                               |                    |                | <b>C. Débiteur</b>   |             |                      |               | <b>page 1/1</b> |
| <b>A. Identification</b><br>N° Dossier : CAB22E31105904      N° Identifiant : 044338/22<br><b>Nom &amp; Prénom : Mme OUKALLANE RACHIDA</b><br>C.I.N : B406193<br>Adresse : HAY EL HANA RUE 14 N 6 |                               |                    |                | <b>Organisme : Payant</b><br><br>ICE :                      Adresse :<br><b>D. Période d'Hospitalisation</b><br>Date Entrée : 31-05-2022<br>Date Sortie : 31-05-2022 |             |                      |               |                 |
| Médecin traitant : DR . HADDOUNE REDA   |                               |                    |                | Traitement :   |             |                      |               |                 |
| <b>Qté</b>  | <b>Prestations</b>            | <b>Observation</b> | <b>Prix U.</b> | <b>L.C.</b>  | <b>Coef</b> | <b>Total</b>         |               |                 |
| <b>RADIOLOGIE</b>   |                               |                    |                |  |             |                      |               |                 |
| 1   | GENOUX FACE +PROFIL EN CHARGE |                    | 600,00         |  |             |                      | 600,00        |                 |
|   |                               |                    |                |  |             | Total Rubrique :     | <b>600,00</b> |                 |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>  |                               |                    |                |  |             |                      | <b>600,00</b> |                 |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>  |                               |                    |                |  |             |                      | <b>0,00</b>   |                 |
| Arrêté la présente facture à la somme de :  |                               |                    |                |  |             | <b>TOTAL GENERAL</b> | <b>600,00</b> |                 |

SIX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

**CLINIQUE AINBORJA**  
 Service Radiologie  
 Tél : 05 22 41 63 63  
 Fax : 05 22 40 11 72

# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 31-05-2022

| Facture N° 06611/22  |              |             | C. Débiteur   |      |      |                      | page 1/1 |  |
|--|--------------|-------------|---|------|------|----------------------|----------|--|
| <b>A. Identification</b><br>N° Dossier : CAB22E31101123 N° Identifiant : 044338/22<br><b>Nom &amp; Prénom : Mme OUKALLANE RACHIDA</b><br>C.I.N : B406193<br>Adresse : HAY EL HANA RUE 14 N 6 |              |             | <b>Organisme : Payant</b><br><br>ICE : Adresse :<br><b>D. Période d'Hospitalisation</b><br>Date Entrée : 31-05-2022<br>Date Sortie : 31-05-2022 |      |      |                      |          |  |
| Médecin traitant : DR . HADDOUNE REDA  |              |             | Traitement :  |      |      |                      |          |  |
| Qté  | Prestations  | Observation | Prix U.   | L.C. | Coef | Total                |          |  |
| <b>PRESTATIONS</b>   |              |             |   |      |      |                      |          |  |
| 1  | CONSULTATION |             | 300,00  |      |      |                      | 300,00   |  |
|  |              |             |   |      |      | Total Rubrique :     | 300,00   |  |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>   |              |             |   |      |      |                      | 300,00   |  |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>   |              |             |   |      |      |                      | 0,00     |  |
| Arrêté la présente facture à la somme de :   |              |             |   |      |      | <b>TOTAL GENERAL</b> | 300,00   |  |

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique Aïn Borja  
25, Boulevard Ifni Aïn Borja  
CASABLANCA ②  
Tél: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 40 11 12



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca  
مصحة عين برجة الدار البيضاء

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE  
مركز الفحص بالأشعة

• IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle  
• Dentascanner • Radiologie standard numérique • Echographie / Echo Doppler • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner sur RDV

31/05/2022

PATIENT : OUKALLANE RACHIDA  
PRESCRIPTEUR: DR HADDOUNE REDA

**RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX  
FACE ET PROFIL EN CHARGE**

**RESULTATS:**

Pincement serré des interlignes fémoro-tibial et fémoro-patellaire.

Il s'y associe une condensation osseuse sous-chondrale marquée avec ostéophytes marginaux importants.

Absence d'anomalie des parties molles.

**CONCLUSION:**

**Gonarthrose avancée.**

*Merci de votre confiance.*

**DR BENMOUSSA**

*Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://pacswebccab.ddns.net>  
identifiant : HIS509367224413 Mot de passe : HIS44338*

**CLINIQUE AINBORJA**  
Service Radiologie  
Tél. : 05 22 41 63 63  
Fax : 05 22 40 11 12