

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060601

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10589 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Baada Brahim

Date de naissance : 07-01-1959

Adresse : 10 Rue OUALADA HAY EL WAHDA BERRECHID

Tél : 0667376518 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : BAADA MOHAMED Age : Sans

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

Nature de la maladie : Amygdaléctomie

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 : Berrechid Le : 05/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
21/05/2022	Intervention (voir facture jointe)		3500,00	DR. BOUADIA Spécialiste en ORL et Chirurgie CERVO-OC-FACIALE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie AL MOUNA 71, Rue Ibn Raumi Berrechid Tél.: 05 22 32 62 63	31/05/2022	186,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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											
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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



20079
11/23
77PH80

210 10
02/24
57DH90

LOT : 5115
UT. AV : 11-24
P.P.V : 36 DH 40

060003332

CETAMYL®
Paracétamol 500 mg
Boîte de 12 sachets

P.P.V. : 14,30 DH

6 118000 190257

MM N° : 429/17DA/D/03/08

ORDONNANCE

Berrechid, le 31/5/22

Bood. Mohamad

77.80
57.90E color

36.40
0, K = pred

14.30

Cefamandole

500 mg
sachet

20 up

14.5 $\frac{1}{2}$

for,

소아

15. $\frac{1}{5} \text{ inch} \cdot 3$

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60

Pharmacie AL MOUNA
SARLAU
Dr. FADIR NADIA
N°71, Rue Ibn Raumi Berrechid
Tel.: 05 22 32 62 63



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid, le

1 Juin 2022

Facture N° 795/22

Date Entree 31 Mai 2022
Date de Sortie 1 Juin 2022
Med Tr. DR BOUABID
P.C. N°
Mlle N°
Société:

BAADA MOHAMAD

MUPRAS

II

L i b e l l e	Coef.	Jour	Qté	Prix U.	Montant
** CLINIQUE **					
CHAMBRE SIMPLE		1		400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE			30	25,00	750,00
** Frais Clinique **					1150,00
PHARMACIE (voir détail)					425,00
** Total Clinique **					1575,00
** HONORAIRES **					
ANESTHESISTE Dr BENSALAH K15			1	350,00	350,00
ORL DR.BOUABID K30			1	1575,00	1575,00
** Total Honoraires **					1925,00

Total Général 3.500,00

Arrêté La présente Facture à la somme de :
Trois Mille Cinq Cent Dirhams

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tel: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57 58

Réglé en espèce

MUPRAS
RECEPTION 9



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Nom BAADA
Prenom BRAHIM
Date 31/05/2022
Facture 795/22

DETAIL DE LA PHARMACIE

QUANTITE	DESIGNATION	P.U	M.T
1	INTRANULE G18	8,00	8,00
1	PERFUSEUR	6,00	6,00
1	SERUM G5%	15,00	15,00
3	SERUM SALE	15,00	45,00
2	TRIAxon 1G	71,00	142,00
1	GENTA 160	13,00	13,00
3	OMPERAZOLE	30,00	90,00
2	ANDOL	29,00	58,00
2	KCL	8,00	16,00
2	CA+	8,00	16,00
2	NACL	8,00	16,00
TOTAL			425,00

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tel : 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax : 0522 32 57 58

Emf. BAADA - MOHAMAD

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

31-05-2022

2) Renseignement cliniques sommaires :

CLINIQUE CHAOUIA

3, Rue Okba Ibnou Nafie

BERRECHID

Tel : 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax : 0522 32 57 4

Angor de type
à l'effort et à la détente
avec angine à répétition

3) Traitement envisagé correspondant à la

Cotation indiquée sur le bulletin d'information ou

à la demande d'Entente préalable (si possible, nombre des
actes en série) :

Angor de type
à l'effort et à la détente
12-30

4) Durée prévisible du traitement :

A. Berrechid le 31-05-2022





مصلحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tel: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57

LE 31/05/2022

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur: Dr. BOUABID

Prie: Enf. BAADA MOHAMAD

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
Suivant l'usage sa note d'honoraires pour

K30

« S'élevant à la somme de 1575.00 DIRHAMS »

« MILLE CINQ CENT SOIXANTE QUINZE DIRHAMS »

Signé :





مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

LE 21 / 05 / 2022

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tel: 0522 33 66 22 / 33 66 62 - Fax: 0522 32 57

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : **Dr BENSALAH**

Prie : **BAADA - MOHAMAD**

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
Suivant l'usage sa note d'honoraires pour

K15

S'élevant à la somme de « **350,00** DHS. »

« **Trois cent cinquante dirhams** »

Signe

Dr. BEN SALAH Mounir
Anesthésie Réanimation
Clinique Chaouia
3, Rue OKBA IBNOU NAFII
Berrechid
INPE:061164067

Nom : BAADA

Visites de contrôle :

Prénom : MOHAMAD

Date d'entrée : 31-05-2022

Date de sortie : 01-06-2022

Médecin traitant : DR. BOUARID

Diagnostic : Hypertrophie amygdalienne

Traitement :

Amygdalectomie

Dr. Abdelhakim BOUARID
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Tél: 05 22 32 64 60

ILINQUE CHADUA
5, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
0522 71 66 22 33 66 62 Fax 0522 32 5 4

Signature :



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA

BULLETIN DE SORTIE



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tel: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom : BAADA Prénom : MUHAMAD Age : 5 ans

Date d'entrée : 31-05-2022 Chambre n°

Diagnostic : Augme - apatisme - Rou flammé

Indication opératoire : Amygdalotomie
et adénoïdectomie

INTERVENTION Le : 31-05-2022
Opérateur : DR. BOUABID

Anesthésiste : Dr BENSALAH

Nature de l'anesthésie :

AG 10
Amygdalotomie
Adénoïdectomie
Harveste



Signe