

# 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

M22-0006981

127816

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406

Société : D.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELB ADUNI RACHID

Date de naissance : 16/04/1976

Adresse : 25 Avenue 3 Etage 3. Apt 40

Tél : 0696544596

Total des frais engagés : 2440,407 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cacher du médecin :

**Pr. H. SIBAI**  
**CHIRURGIEN PÉDIATRE**  
117, Av. 2 Mars (Angle Rue de Rome)  
N°25, 5ème Etage - Casablanca

Date de consultation : 08/09/2022

Nom et prénom du malade : ELB ADUNI ISLAM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : PHIMOSIS

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/09/2022



# 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 Relevé des Actes
25/08/22	Voir facture n° 457722		2200,-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/8/22	240.40

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# T HONORAIRES

en indiquant la nature des soins.

le traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Service Caisse

Quittance N° 18557/22

Le 26/08/2022 10:54



Ordre Encaissement : MERIEM FACT

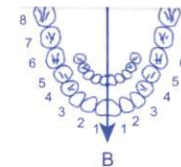
Opérateur : MERYEM CAISSE

Patient : X2H2615221 EL BJAOUNI ISLAM

Chèque N° : 4871103 Date : 26/08/2022

BMCi Montant : 2 200.00

Total Chèque : 2200.00

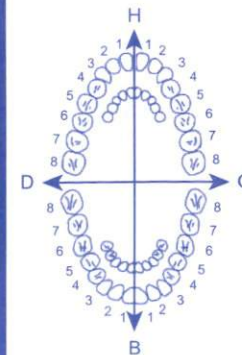


# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

CCEFFICIENT 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

# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : .....

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE : 26/08/2022

NOM - PRENOM : ELBJAOUNI Islam

INDICATION : Phimosi et frein de langue

INTERVENTION : Circoncision et cure du frein

CHIRURGIEN : Pr h. Sibai

ANESTHESISTE REANIMATEUR : Pr B.Hmamouchi

Sous anesthésie générale et bloc pénien.

Excision de l'excès de peau puis de muqueuse.

Recoupe de la muqueuse

Hémostase

Points muco-cutanés au vicryl rapide 5/0

Crème et pansement

Section du frein de langue. Bipolaire.

  
HICHAM SIBAI  
117, Av. 2 Mars Avril, 5ème Etage - Casablanca  
Tél : 0522 87 81 81 / 0522 21 00 21 / Fax : 0522 87 25 00  
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 26/08/2022

**Facture N° 4577/22**

Etablie par MERIEM FACT Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X2H2615221

MUPRAS

N° Identifiant : 22089200/22

**Nom & Prénom : EL BJAOUNI ISLAM**

C.I.N. : BE694613

Date Début : 26/08/2022

Date Fin : 26/08/2022

Adresse : CASA

Traitement : "doigt de porte"

Médecin : SIBAI HICHAM

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>					
K30	1	2.200,00			2.200,00
Total Rubrique :					2.200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					2.200,00
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>2.200,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams

Cachet et signature



BMCI AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 013780010930003340017148 INPE 090062324

TEL 0522-87-81-81 FAX : 0522-87-25-00 PATENTE 34082175 IF 15243373 ICE 001695598000041



أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE  
Ordonnance

Casa

LOT: 220611  
PER: 10-2024  
PPC: 15,90DH

Vaseline  
Officinale

Doli®  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

PPV 17DH50  
PER 03/25  
LOT L956

17,50



Nom - Prénom : Elbjaouni Islam

Poids : 9kg600

17.50

1/ Dolipédiatrique 1 dp x 3/j pendant 5 jours

2/ Septispray

3/ Emulsion cicatrisante Elliance

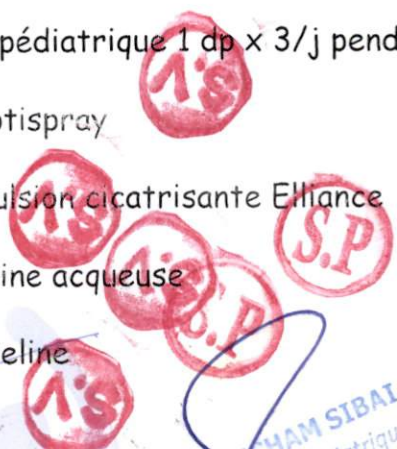
4/ Eosine acqueuse

5/ Vaseline

164.00

30.00

15.90



PH. ALKOF  
DR. KOUNIKOU  
Andalous IV  
el Gharb - Casablanca  
Tél: 022.83.59

Dr. KACHAM SIBAI  
Pr. en Pédiatrie  
17, Av. 2 Mars  
5ème Etage - Casablanca  
Tél: 0522.25.04.05 / 0522.25.05.58

EMULSION CICATRISANTE  
LOT: BJY 45  
EXP: 10/2024  
PPC: 161.00DH

TOPEOSINE

Spray Eosine  
Per: 06/2025  
PPC: 30.00DH  
L: 202206084

347, Boulevard Panoramique

+212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax: +212 522 87 23 00  
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma