

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.



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

06.01.48.86.68
Déclaration de Maladie
M22- 0015565

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : 52, Bd Abdelkadi Boutaleb - Résidence Salsabila - CASABLANCA
 Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : 1456,99 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MIKOU Abdelilah Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CASABLANCA Le : 10/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Unité
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
23.12.2023	Fait n° 2	26258/99	1456,99	Dr. Abdelhakim Bouayagh

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 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 :

Veillez 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

Docteur Abdelhamid Moustaghfir

Professeur de cardiologie

Rythmologie interventionnelle

Assistant des hôpitaux des Armées -Français -
Ancien enseignant (PES) à la Faculté de médecine de Rabat
Ancien médecin chef du service de rythmologie
de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

Vérification des connexions d'un DAI triple chambre

Date : 22/12/2022

Opérateur : Dr Moustaghfir.

Indication : élévation de l'impédance de la sonde ventriculaire. Alarme au niveau de l'appareil

Durée de la procédure : 30 min.

Après sédation et anesthésie à la Xylocaïne 2%. Ireprise de la même incision au niveau du sillon delto-pectoral gauche,
Déconnexion de tous les sondes. Vérification de l'intégrité. reconnexion.
Normalisation de l'impédance ventriculaire
Fermeture plan par plan. Les soins sont à pratiquer chaque jour de manière stérile pendant 15 jours.

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 51
14, Bd. de Paris 1er étage

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 22-12-2022

Facture N° 24259/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22L22105139

N° Identifiant : 070943/22

Nom & Prénom : M. MIKOU ABDELILAH

C.I.N : B31236

Adresse : 52 LOT SALSABILA RTE D\\WAZEMOUR ANFA CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 22-12-2022

Date Sortie : 22-12-2022

Médecin traitant : DR. MOUSTAGHFIR ABDELHAMID

Traitement : verification de la sonde

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	VERIFICATION DE LA SONDE		0,00			0,00
Total Rubrique :						0,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		1 456,99			1 456,99
Total Rubrique :						1 456,99
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MOUSTAGHFIR ABDELHAMID (CARDIOLOGIE)		0,00			0,00
Total Rubrique :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						0,00
TOTAL GENERAL						1 456,99

MILLE QUATRE CENT CINQUANTE-SIX DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-NEUF CENTIMES

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

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA OASIS
116, Av. Abderrahim Bouabid - CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 Fax : 0522 23 81 82
Email : direction@cliniquejerrada.com

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 22/12/2022 au 22/12/2022

Patient : M. MIKOU ABDELILAH

N° Dossier : CJO22L22105139

Organisme : PAYANT

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDE DE GAZE 10 CM	2,50 Dh	1	2,50 Dh
BAVETTE ELASTIQUE/50 (050)	1,80 Dh	1	1,80 Dh
BISTOURI ELECTRIQUE MANCHE (001)	53,00 Dh	1	53,00 Dh
CALOT	1,00 Dh	3	3,00 Dh
CASAQUE STANDARD XL	38,00 Dh	1	38,00 Dh
COMBISET ANGIOGRAPHIE + CASAQUE	585,00 Dh	1	585,00 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	7,00 Dh	3	21,00 Dh
ELECTRODES	2,00 Dh	5	10,00 Dh
EXTENTSA PLUS(ELAST.) 10CM (250)	52,50 Dh	2	105,00 Dh
GANT NITRILE JETABLE /100	1,49 Dh	4	5,96 Dh
GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 7.5	9,44 Dh	2	18,88 Dh
GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 8	10,00 Dh	3	30,00 Dh
INTRANULE G20 ROSE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LAME DE BISTOURIE 23 (100)	2,65 Dh	1	2,65 Dh
LUNETTES A O2 AD (001)	10,00 Dh	1	10,00 Dh
OMNIFIX 10CMX10M (SPARADRAPS)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	6,84 Dh	1	6,84 Dh
PLAQUE DE BISTOURI JET (001)	55,00 Dh	1	55,00 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	3	6,00 Dh
STERI DRAP BETADINE (IOBAN)	180,30 Dh	1	180,30 Dh
SURCHAUSSURES	1,00 Dh	3	3,00 Dh
TRANSPORE 9,14M*2,5CM (012)	20,25 Dh	1	20,25 Dh
VICRYL 3/0 CR 26MM (001)	84,00 Dh	1	84,00 Dh
			1 248,18 Dh

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BETADINE BLEUE 125 ML	15,60 Dh	1	15,60 Dh
BETADINE SCRUB 500 ML	14,35 Dh	1	14,35 Dh
HEPARINE SODIQUE 25000 INJ INJECTA (01)	50,60 Dh	1	50,60 Dh
LIDOCAINE 2 % INJECTA (01)	10,30 Dh	2	20,60 Dh
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJECTA	7,87 Dh	1	7,87 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 POCHE INJECTA (01)	12,80 Dh	1	12,80 Dh
SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE	9,00 Dh	1	9,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 500ML FLACON INJECTA	10,49 Dh	1	10,49 Dh
			141,31 Dh

GAZ

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
OXYGENE BLOC (001)	1,50 Dh	45	67,50 Dh
			67,50 Dh

Total global : 1 456,99 Dh

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abdelrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada-oasis.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER CJO22L22105139

NOM DU PATIENT M. MIKOU ABDELILAH

MÉDECIN TRAITANT MOUSTAGHFIR ABDELHAMID

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 22/12/2022

DATE DE SORTIE 22/12/2022

MODE DE SORTIE normal

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abdelhakim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma