

## 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.

### 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 76 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 004635

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349 Société : RAM 147433  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZOUBAIFI EL THOUSTAFA  
 Date de naissance : 27-09-1958  
 Adresse : La même  
 Tél. : 0658607864 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. SAIDI Meriem  
 Médecin Généraliste  
 Hôpital Mohamed VI Casa  
 INPE: 051256990  
 Date de consultation : M / N / J  
 Nom et prénom du malade : 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 : 31/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

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 attestant le Paiement des Actes
		CF	400H	Dr. SAIDI MEZIAN Médecin Généraliste Hôpital Mohamed El Bacha INPE: 091256999

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/12/22

74.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

11/12/22

215

Dr. MOHAMED LEHBAL  
RADIOLOGUE

# 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 :

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية

مندوبية عمالة مقاطعات

الضداء مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le .....

14/12/2014

Youssef Zoukri

# ORDONNANCE



22,00

1)

Cédal

S.V

52,50

2)

ARTIFLEX

S.V

74,50

10/11/2014

Dr. SAIDI Meriem  
Médecin Généraliste  
Hôpital Mohamed Baouafi Casa  
INPE: 091258890

Pharmacie Derb El Kabir  
Mme. Souad SAJID  
Docteur en Pharmacie  
262, Rue La Croix Lot. Ouled Ziane  
Tél : 05.22.80.41.69 - Casablanca

22,00





BON D'EXAMEN

Mr/ Mme : *Youssef Zouaoui*

Service : .....

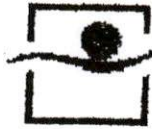
N° D'ENTREE : ..... N° d'examen : ..... DATE : .....

Renseignement  
clinique : .....

Examen  
demande : .....

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE



Le 30/01/2023

**SERVICE RADIOLOGIE**

NOM : ZOUAFI ..... PRENOM : YOUSRA .....

MEDECIN PRESCRIPTEUR : .....

R<sub>x</sub> de la Poitrine A-F  
faite le 11/12/22

- Absence de tout signe de fracture décelable
- Absence d'augmentation des parties molles

Dr Monia LEBDAL  
RADIOLOGUE  
Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Hôpital Méd Baouafi  
Service de Radiologie



## Facture Urgence

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM :

Facture Numéro : 2 022 / P / 7 086

TRÉSORERIE PROVINCIALE

### Identification

Index Patient : 10 810

N° Urgence : 6 750

Nom et prénom : YOUSRA ZOUAFI

CIN : BL178428

Adresse : 20 RUE 65 DB MANJRA CASA

### Médecin

Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN  
GÉNÉRALISTE  
Type de urgence : MALADIE COMMUNE

### Débiteur

PAYANT

### Date

Date Entrée : 11/12/2022 12:41:09

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONSULTATIONS							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
Montant Total:							40,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

11/12/2022 12:42:40

Facture Etablie Par Personnel N° : CHASAN

Signature du responsable :

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale  
SAA  
Admission  
Facturation  
Service : des Urgences



## Facture Urgence

N° Quittance

189306/4

Code ANAM :

N° Compte Courant

Facture Numéro : 2 022 / P / 7 087

TRÉSORERIE PROVINCIALE

### Identification

Index Patient : 10 810

N° Urgence : 6 750

Nom et prénom : YOUSRA ZOUAFI

CIN : BL178428

Adresse : 20 RUE 65 DB MANJRA CASA

### Médecin

Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN

GÉNÉRALISTE

Type de urgence : MALADIE COMMUNE

### Débiteur

PAYANT

### Date

Date Entrée : 11/12/2022 12:41:09

### Détail

NGAP

Clé

Coef/Séance

Quantité

P.U

Mt.  
Organisme

Mt. Ligne

### RADIOLOGIE STANDARD

Examen radiologique de la hanche, par côté, deux incidences

T134

Z

15,00

1,00

112,50

112,50

112,50

Montant Total:

112,50

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 112,50 DHS

11/12/2022 12:43:22

Facture Etablie Par Personnel N° : CHASAN

Signature du responsable :

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale  
SAA  
Admission  
Facturation  
Service : des Urgences



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M. *Y. Amra Zoubi*

La Somme de *quarante DH*

Quittance

N°00189306/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>CT</i>		
Total		<i>4000</i>

Cachet du  
Service

Le *11* 12 20*29*  
Signature du  
Régisseur





# ROYAUME DU MAROC

## Ministère de la santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

N°000

Reçu de

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
7 15 u		
Total		19,50

Cachet du  
Service

Le 11/11/20  
Signature du  
Régisseur