

# 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

- 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'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

M22-0007053

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2473 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KADAM MALIKA

Date de naissance : 12/01/1953

Adresse : 2A 05/1953

Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 303 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DIACHI MOHAMMED  
ANESTHESIE-REANIMATION

Date de consultation : 05/12/2019

Nom et prénom du malade : KADAM MALIKA 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 : 05/12/2019 Le : 05/12/2019

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
05/12/22	CPA		25990	

# 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
	05/12/22	B 80	113,00 km

# AUXILIAIRES MEDICAUX

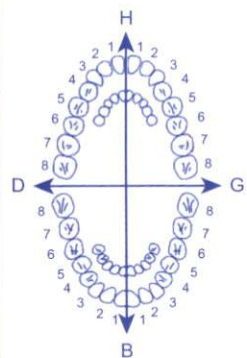
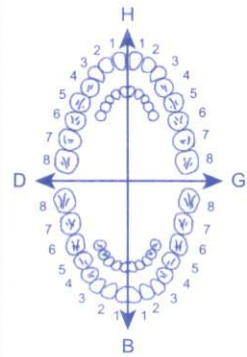
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca  
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le 5/12/14

Kenneth Miller

James

TP - TCA

LABORATOIRE CHAWKI  
D'ANALYSES MEDICALES  
8, BD K HOURIDGA APT 13  
205225409 13/14

Dr.ACHI MOHAMMED  
ANESTHESIE-REANIMATION

# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 05-12-2022

Facture N° 15379/22

## A. Identification

N° Dossier : CAB22L05111244

N° Identifiant : 014573/19

Nom & Prénom : Mme KADDAM MALIKA

C.I.N : B217214

Adresse : 14 RUE AHL FES HABOUS CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-12-2022

Date Sortie : 05-12-2022

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CPA		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE CLINIQUE :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						250,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

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





مختبر شوقي للتحاليل الطبية  
**LABORATOIRE CHAWKI**  
**D'ANALYSES MEDICALES**

8, Bd. khourigba Appt. N°13 Place de la Victoire - Casablanca - Tél.: 05.22.54.09.13/14 - Fax : 05.22.54.09.15  
E-mail : LAB\_CHAWKI@YAHOO.FR - ICE : 001689645000043

**Dr Chawki MAKKAOUI**

Medecin Biologiste  
Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
immunologie - Parasitologie

CASABLANCA Le 5 Décembre 2022  
Analyses prescrites par :  
Dr. ACHI MOHAMMED

Mme: KADDAM MALIKA

Référence : 2LE1233

**HEMOSTASE**

Analyses	Résultats	Normes
Temps de Quick		
Témoin.....	12.5	sec
Patient.....	12.0	sec
Taux de prothrombine.....	100	% (70 à 100)
Temps de Céphaline + Activateur		
Témoin.....	28	sec
Patient.....	26.6	sec

**LABORATOIRE CHAWKI**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
**8, BD KHOURIBGA APT 13**  
**☎ 0522540913/14**



مختبر شوقي للتحليلات الطبية  
**LABORATOIRE CHAWKI**  
**D'ANALYSES MEDICALES**

8, Bd. khourigba Appt. N°13 Place de la Victoire - Casablanca - Tél.: 05.22.54.09.13/14 - Fax : 05.22.54.09.15  
E-mail : LAB\_CHAWKI@YAHOO.FR - ICE : 001689645000043

**Dr Chawki MAKKAOUI**

Medecin Biologiste  
Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
immunologie - Parasitologie

**CASABLANCA LE 05.12.2022**

INP 093001279

**FACTURE 2212014**

Analyses effectuées le 05 Décembre 2022

Pour Mme : KADDAM MALIKA

Référence : 2LE1233

Sur prescription du Dr : ACHI MOHAMMED

Total des (B) : 80

Prélèvement : 25 DH

Total : 113.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT TREIZE DIRHAMS ET 00 Cts.

**LABORATOIRE CHAWKI**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
**8, BVD KHOURIBGA APT 13**  
**0522540913/14**