

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 des
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

N° W21-788414

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12628 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL OUFI HADZA

Date de naissance : 04/10/1988

Adresse : 11 Rue Ladi Agad Appartement 2 bis

Tél. : 0661186792 Total des frais engagés : 1081,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2023

Nom et prénom du malade : BEN ABDELKARIM Dim

Age : 33 ans

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

Nature de la maladie : Acouphènes

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 : 21/02/2023 Le : 21/02/2023

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
21/02/23	C.S.		610.00	Dr. E. ALLOU Pédiatre - Néonatalogue Régime Av. Einshah Régime Av. Einshah Régime Av. Einshah
24/02/23	R.B.P.	600.00		

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
	03/02/23	Xab	591.20

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/02/23					
	24/02/23			F.C		639.00

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	INP : <input type="text"/>																					
				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></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			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																								
	(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"/>																						

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 23/02/2023

BON D'EXAMEN

NOM PRENOM : Ben ABDeslam Rim
DOSSIER N° : CHAMBRE N° :
SYMPTÔMES :
.....
.....

EXAMENS DEMANDES :

- iona complet
- Transaminase
- NFS

ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

CENTRE DE BIOLOGIE BENNANI

323, Lot Wafa Imm 2 n° 5/6 Hay Farah, Hssain – Salé

PATENTE: 28860333

N° CNSS: 4876704

IF: 24992532

ICE: 002026453000074

INPE: 103061693



FACTURE N° : 230200877

SALE le 23-02-2023

N.né FILLE DE MME BEN ABDESLAM Rim

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E15	E
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0120	Ionogramme complet(Na, K, Cl, Prot, RA, Ca)	B160	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B et HN : 430

TOTAL DOSSIER : 591.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-onze dirham vingt centimes.

CENTRE DE BIOLOGIE
BENNANI
Dr. Bennani Dalal
Médecin Biologiste



Polyclinique
Internationale
Riad Annakhil



INPE : 100062884

FACTURE

RABAT Le : 24-02-2023

page 1 / 1

Identification	
N° Dossier : 23B21041803	N° IPP : 031190/20
Nom & Prénom : Mme BEN ABDESLAM RIM	
C.I.N. :	
Date Naissance : 30-04-1989	
Adresse : 11 RUE CADI AYAD APPT 7 DIOUR JAMAA RABAT	

Médecin traitant
DR. LAMZIBRI REDA

Organisme :
ICE :
Période d'hospitalisation
Date Entrée : 21-02-2023
Date Sortie : 24-02-2023

Traitement
CESARIENNE

Prestations	Observation	Qté	Prix U	L C	Coef	Total
HOSPITALISATION						
COMPLEMENT CHAMBRE		3	1 600,00			4 800,00
Sous Total						4 800,00
PRESTATIONS						
NURSERIE		3	100,00			300,00
ACCOMPAGNANT		3	300,00			900,00
MONITORING		1	150,00			150,00
Sous Total						1 350,00
PHARMACIE INTERNE						
COMPLEMENT PHARMACIE		1	489,02			489,02
Sous Total						489,02
TOTAL PARTIE CLINIQUE						6 639,02
HONORAIRES MEDICAUX						
DR. SADIQ NAIMA (PEDIATRE)		1	600,00			600,00
Sous Total						600,00
LABO EXTERNE						
CENTRE DE BIOLOGIE BENNANI		1	591,20			591,20
Sous Total						591,20
TOTAL PARTIE AUTRUI						1 191,20
TOTAL GENERAL						7 830,22

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT MILLE HUIT CENT TRENTE DIRHAMS VINGT-DEUX CENTIMES

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
TPE		2 125,00 Dh	0,00 Dh
ESPECE		5 705,22 Dh	

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
SECTEUR 1 RIAD ANNAKHIL
11 Bloc W, N° 11, Av. Annakhil
Hay Riad, Rabat
Tél: +212 537 542 000
Email: contact@pira.ma

0661186797

Angle Avenue Nakhil et Rouda S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 537 564 647 - Email: contact@pira.ma - Site web: www.pira.ma

RC: 124893 - IF: 20781164 - CNSS: 5497252 - ICE: 001897973000023 - TP 25712795 RIB: BMCI 013810.0121.4000.10700.111.94

Facture: 202303437
 Date facture: 24/02/2023
 Séjour : Du 21/02/2023 au 24/02/2023
 Patient : Mme BEN ABDESLAM RIM
 N° Dossier : 23B21041803
 Organisme : MUPRAS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ACUPAN 20MG/2ML INJ	6,34 Dh	2	12,68 Dh
ALCOOL 1 L A 70 °	1,52 Dh	5	7,60 Dh
ALESE MATELAT 180 x 90	9,10 Dh	7	63,70 Dh
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	2	37,60 Dh
BANDELETTES DEXTRO	4,73 Dh	1	4,73 Dh
CLAMP OMBILICAL	6,50 Dh	2	13,00 Dh
COMPRESSE 10X10/5	3,12 Dh	1	3,12 Dh
COMPRESSE 5*5/5	1,30 Dh	3	3,90 Dh
COMPRESSE 7.5*7.5/5	2,04 Dh	4	8,16 Dh
COUCHE ADULTE LARGE	12,65 Dh	8	101,20 Dh
ELECTRODE	1,84 Dh	6	11,04 Dh
GANT STERILE 6.5	10,00 Dh	1	10,00 Dh
GANT STERILE 7.5	10,00 Dh	2	20,00 Dh
GANTS JETABLE MEDIUM	1,95 Dh	38	74,10 Dh
JERSY 7.5 CM	9,36 Dh	1	9,36 Dh
KONAKION 2MG PED	15,46 Dh	1	15,46 Dh
LAIT NOVALAC 1 ER AGE	75,00 Dh	1	75,00 Dh
LANCETTES MICROLET BOITE DE 200	3,90 Dh	1	3,90 Dh
PROFENID 100 MG IV	4,90 Dh	2	9,80 Dh
SERINGUE 1 CC	3,00 Dh	3	9,00 Dh
SERINGUE 10 CC	3,90 Dh	10	39,00 Dh
SERUM GLUCOSE 5 % 500 ML POCHE	13,10 Dh	4	52,40 Dh
SÉRUM SALE 0.9% 100 ML POCHE	9,59 Dh	1	9,59 Dh
SONDE D'ASPIRATION CH 8 POLYMED	6,50 Dh	1	6,50 Dh
TEGADERM +PAD 9*20 CM (25)	15,03 Dh	1	15,03 Dh
TEGADERM 9X25CM + PAD	24,82 Dh	1	24,82 Dh
AIGUILLE DE RACHIS ORANGE (A. SPINALE 25G*90 MM) REF (2195125)	54,60 Dh	1	54,60 Dh
ALESE MATELAT 180 x 90	8,45 Dh	2	16,90 Dh
ATROPINE 1MG INJ	1,80 Dh	1	1,80 Dh
BAITANET D 120ML BETADINE	9,40 Dh	1	9,40 Dh
BAVETTE ELASTIQUE	2,60 Dh	6	15,60 Dh
BRACELET NOUVEAU NEE ROSE	5,00 Dh	2	10,00 Dh
BROSSE BETADINE STERILE	11,70 Dh	2	23,40 Dh
BUPIVACAINE RACHIANESTHESIE BOITE DE 20 AMP/4ML	23,93 Dh	1	23,93 Dh
CASAQUE NON STERILE	11,05 Dh	1	11,05 Dh
CASAQUE RENFORCE LARGE	45,50 Dh	2	91,00 Dh
COMPRESSE 10 *10/10	7,48 Dh	2	14,96 Dh
ELECTRODE	1,96 Dh	5	9,80 Dh
EPHEDRINE 30MG/ML	9,28 Dh	1	9,28 Dh
FENTANYL 0.1 MG/2 ML	3,78 Dh	1	3,78 Dh
GANT STERILE 8	10,00 Dh	4	40,00 Dh
GANT STERILE NON POUDREE 6.5	11,05 Dh	3	33,15 Dh
INTRANULE VERTE 18G	7,00 Dh	1	7,00 Dh
KEFZOL 1G	18,70 Dh	2	37,40 Dh
LAME DE BISTOURI N 23	3,90 Dh	1	3,90 Dh
LAME DE RASOIR	13,00 Dh	1	13,00 Dh
LIDOCAINE 2% - 20 ML	10,30 Dh	1	10,30 Dh
LUNETTE A OXYGENE ADULTE	7,80 Dh	1	7,80 Dh
MONOCRYL 4/0 CT 3/8 19MM REF ETHY422H	92,43 Dh	1	92,43 Dh
PABAL 100MCG/ML	200,00 Dh	1	200,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	10,40 Dh	1	10,40 Dh
PLAQUE DE BISTOURI	44,00 Dh	1	44,00 Dh
SERINGUE 5 CC	3,90 Dh	2	7,80 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 ML	12,80 Dh	4	51,20 Dh
SONDE DE FOLEY A/B EN LATEX JAUNE CH 14	12,60 Dh	1	12,60 Dh
SPARADRA HYPORPLAST 10*10	7,80 Dh	3	23,40 Dh
TEGADERM 6CMX7CM FILM (3M-1623 W)	5,43 Dh	1	5,43 Dh
TROUSSE CESARIENNE	201,50 Dh	1	201,50 Dh
VICRYL 1 CR 1/2 40MM REF (V359H)	61,48 Dh	3	184,44 Dh
VICRYL 1 CR 1/2 C 36 MM REF JV325	67,08 Dh	1	67,08 Dh
			1 989,02 Dh



Polyclinique
Internationale
Riad Annakhil

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 21-02-2023

Date de sortie: 24/02/2023 10h00

DR. SADIQ Naima

PATIENT :

Mme BEN ABDESLAM RIM

HONORAIRES :

600,00 Dh
(SIX CENTS DIRHAMS)

Dr. SADIQ Naima
Pédiatre - Néonatalogue
Coordination Ecclinique
Im: Al... Hay Annakhil
P... El... Hay Annakhil
Tél: 037 71 01 93 - INPE: 03 737166

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
Secteur 11 Bloc W N°4 Av. Annakhil
Hay Riad - Rabat
Tél: 037 71 01 93 - INPE: 03 737166 (17)



Polyclinique
Internationale
Riad Annakhil

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 23B21041803

NOM DU PATIENT Mme BEN ABDESLAM RIM

MÉDECIN TRAITANT LAMZIBRI REDA

PRISE EN CHARGE MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE 20230470020137

DATE D'ENTREE 2023-02-21 04:18:03

DATE DE SORTIE 2023-02-24 10:00:00

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
Secteur 11, 819/IV, N°4 Av. Annakhil
Hay Mohammadi - Rabat
Tel.: +212 537 542 000 (17)
Email: contact@polyclinique.ma