

# 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 78 18 - www.mupras.com



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

06.93.29.90.40.  
**Déclaration de Maladie**

**M23-003788**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

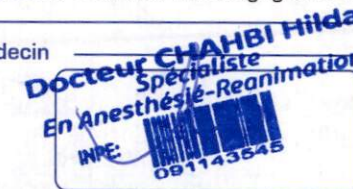
☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2726 Société : Ram - Retraité  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Nazari Ahmed 156350  
Date de naissance : 1939  
Adresse : Rue 35 - N°11 - Mersoudia - Casa  
Tél. : 05 22 57 47 82 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2023  
Nom et prénom du malade : Nazari Ahmed Age : 84ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus  
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 : Casa Le : .....  
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
01/04/2023		05	300	<b>Docteur CHAHBI Hinda</b> <b>Spécialiste</b> <b>En Anesthésie-Réanimation</b>  WPE: 001143552

# 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
	01/04/2023	Ra Baxm	300,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

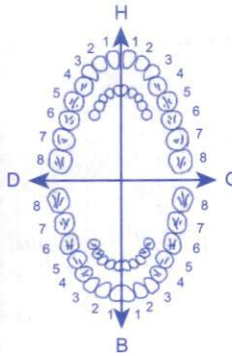
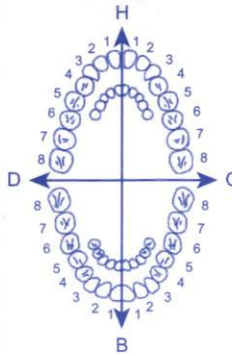
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

CLINIQUE ADAM BAHIA

Multidisciplinaire



مصحة آدم باهية

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 01/04/2023 الدار البيضاء في

Nazari Ahmed

Note D'honoraires :

# 300,50 DH

trois Cent Dirhams.

Docteur CHAHBI Hilda  
Spécialiste  
En Anesthésie-Réanimation  
INPE: 001743848

Chirurgie ORL et maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique  
Chirurgie viscérale  
Chirurgie gynécologique  
Accouchement  
Réanimation - Néonatal  
Soins intensifs  
Chirurgie Ophtalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Neurochirurgie  
Chirurgie Cardiovasculaire  
Cardiologie interventionnelle  
Chirurgie urologique  
Lithotripsie des Calculs Urinaires  
Scanner - Panoramique  
Radiologie standard  
Echographie doppler

Siège social : Bd. Mohamed 6,  
lot babylone N°7 et 8  
Ain chock - Casablanca  
BP 20000 - Localisation  
(33.5392611, -7.5790848)  
Tél : 05 22 87 33 33  
Fax : 05 22 87 43 43  
Email: Contact@cliniqueadambahia.com  
Site web: www.cliniqueadambahia.com

SARL au capital de 4000000 DH  
IF : 33593658 - Patente : 34082876  
CNSS : 1618150 - RC: 421637  
ICE: 002200469000031  
Banque Crédit Agricole RIB :  
225780024421331651012092  
Banque ATTJARI Wafa Bank RIB :  
007780000229400000063962



CLINIQUE ADAM BAHIA

Multidisciplinaire



مصحة آدم باهية

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 01/04/2023 الدار البيضاء في

Nazari Ahmed

faire svp :

Radio de Bassin  
face.

Docteur CHAHBI Hilda  
Spécialiste  
En Anesthésie-Réanimation  
NPE: 001143848

CLINIQUE ADAM BAHIA  
Bd Mohamed 6, Lot Babylone N°7 et 8  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 0522 85 22 83 Fax: 0522 85 22 83

Dr KCHIOUCHA Ouafae  
RADIOLOGUE

Chirurgie ORL et maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique  
Chirurgie viscérale  
Chirurgie gynécologique  
Accouchement  
Réanimation - Néonatal  
Soins intensifs  
Chirurgie Ophtalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Neurochirurgie  
Chirurgie Cardiovasculaire  
Cardiologie interventionnelle  
Chirurgie urologique  
Lithotripsie des Calculs Urinaires  
Scanner - Panoramique  
Radiologie standard  
Echographie doppler

Siège social : Bd. Mohamed 6,  
lot babylone N°7 et 8  
Ain chock - Casablanca  
BP 20000 - Localisation  
(33.5392611, -7.5790848)  
Tél : 05 22 87 33 33  
Fax: 05 22 87 43 43  
Email: Contact@cliniqueadambahia.com  
Site web: www.cliniqueadambahia.com

SARL au capital de 4000000 DH  
IF : 33593658 - Patente : 34082876  
CNSS : 1618150 - RC: 421637  
ICE: 002200469000031  
Banque Crédit Agricole RIB :  
225780024421331651012092  
Banque ATTJARI Wafa Bank RIB :  
007780000229400000063962

# CLINIQUE ADAM BAHIA

## F A C T U R E

N° 736 / 2023 du 31/03/2023

Nom patient	NAZARI AHMED	Entrée 31/03/2023	Sortie 31/03/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO BASSIN	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 300,00			Total encaissé 300,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE ADAM BAHIA  
Bd Med 6 Lot Babylone N°7 et N°8  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 0522 87 33 33 Fax: 0522 87 43 43



01/04/2023

**PATIENT : NAZARI AHMED**  
**EXAMEN(S) REALISE(S): RADIOGRAPHIE DU BASSIN FACE**

**Compte Rendu d'Examen**

- Fracture per trochantérienne droit avec arrachement du grand trochanter avec fermeture de l'angle cervico diaphysaire.
- Absence d'autre trait de fracture.
- Absence d'anomalie des parties molles.
- Discret pincement articulaire bilatérale visible au niveau des surfaces superolatérales avec ostéophytose marginale .le tout en rapport avec une coxarthrose modérée.

Merci de votre confiance

Dr KCHOUCHA Ouassae  
RADIOLOGUE