

## 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 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

N° P19- 051754

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32 17 Société : Ram  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 161241  
Nom & Prénom : Imane Hamid  
Date de naissance :  
Adresse : Hay My Rachid groupe 2 Rue 10 N°96  
Tél. : 06 20 34 11 42 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 03 / 05 / 2023  
Nom et prénom du malade : IMANE HAMID Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Ven - Rééducation  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
03/05/23	C.P.		400,00	 <b>Clinique du Bien-Être Bouskoura</b> Bouskoura Golf City, Casablanca 2722 Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92 mail : direction@akditaife-bouskoura.ma
03/05/23	visite		480,02	
	00685/23			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

3/5/23

140,00

# 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

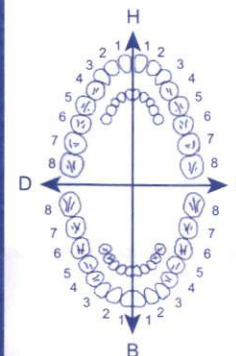
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

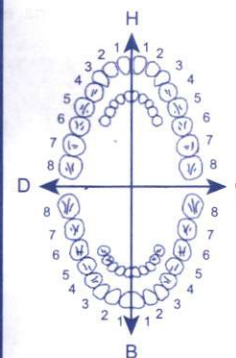
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

Casablanca, le 03/05/2023

M. IRANE HADJI

Ne. 01

OFIREN



**Clinique du Bien-Être  
Bouskoura**

Bouskoura Golf City, Casablanca 27182  
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92  
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma



Dr. RABII Redouane  
Urologue  
05 22 78 26 92

Clinique du Bien-Être Bouskoura, Bouskoura Golf City  
(Prestigia), Casablanca 27182  
Tél. : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92  
E-mail : Direction@akditalife-bouskoura.ma  
Site web : www.akditalife-bouskoura.ma

LOT ~~230584~~

EXP 01 25

PPV 170.00 DH

**OFIKEN® 200 mg**

Céfixime

Boîte de 16 comprimés

Rimboursable AMO



6 118000 022343



# CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 03-05-2023

Facture N° 00674/23

**A. Identification**

N° Dossier : CBB23E03142733

N° Identifiant : 000516/23

**Nom & Prénom : M. IMANE HAMID**

C.I.N : W9986

Adresse : HY ML RACHID RUE 10 N 94

**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 : 03-05-2023

Date Sortie : 03-05-2023

Médecin traitant : DR . PR. RABII REDOUANE

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						<b>400,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>400,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 400,00</b>

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

**Clinique du Bien-Être**  
Bouskoura Golf City, Casablanca 27182  
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92  
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma

# CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le :

Facture N° 00685/23

**A. Identification**

N° Dossier : CBB23E03153135

N° Identifiant : 000516/23

**Nom & Prénom : M. IMANE HAMID**

C.I.N : W9986

Adresse : HY ML RACHID RUE 10 N 94

**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 : 03-05-2023

Date Sortie :

Médecin traitant : DR . PR. RABII REDOUANE

Traitement : URGENCE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		80,02			80,02
Total Rubrique :						80,02
<b>PRESTATIONS</b>						
1	SONDAGE VESICALE		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						480,02
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						<b>480,02</b>

QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS DEUX CENTIMES

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

TOTAL GENERAL

480,02

signature de l'assuré

**Clinique du Bien Etre**  
**Bouskoura**  
Bouskoura Golf City, Casablanca 27182  
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92  
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma