

# 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

## Déclaration de Maladie

M22- 0024023

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2299 Société : 163819

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHINE AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : Ahmed Chahine Age : 1992

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

Nature de la maladie : Tumeur Blandine @ Metastase cérébrale

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 : 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
Dr 16/04/23	AS		Voir facture N°2644/23	Dr. Abdelkrim MAAH Anesthésiste Réanimateur Larache Tél : 161076815
18/04/23				

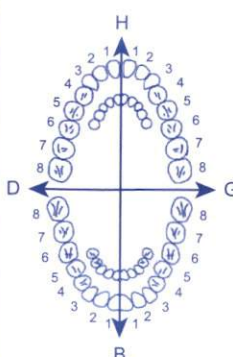
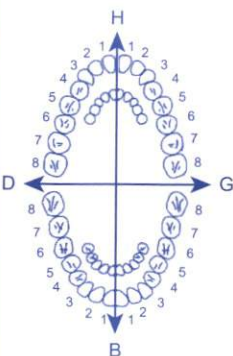
[illegible][illegible][illegible]

# 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'O.D.F.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF**

[illegible]

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE LARACHE

MULTIDICPLINE  
TEL:0539520403/FAX:05395245003

## F A C T U R E

N° 644 / 2023 du 19/04/2023

Nom patient	CHAHINE AHMED	Entrée	Sortie
		16/04/2023	18/04/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OXYGENE	47,00		70,00	3 290,00
1 JOUR SOINS INTENSIFS	2,00		1 000,00	2 000,00
JOUR DE PERFUSION	2,00		150,00	300,00
NUBILISATION	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	6 190,00
TEST GLYCIMIE	10,00		30,00	300,00
PHARMACIE	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	1 100,00
Total Frais Clinique				7 290,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MAAFI ABDELKRIM (anesthésiste)	2,00		500,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total prestations externes				1 000,00

	Total général	8 290,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
HUIT MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	8 290,00				8 290,00	0,00

**Clinique Larache**  
S.A.R.L.  
BP : 364 - Larache  
Tél. : 0539.52.05.13 - 0539.52.04.03  
NP : 160003372

# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient CHAHINE AHMED		N° Facture : 644		23D181507
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
APOTEL 10MG/MK B5 INJ	3	29,00	87,00	
LASILIX 20 MG INJECTA ... (01)	1	19,60	19,60	
SERUM GLUCOSE 5% 500 (20)	5	23,00	115,00	
SERUM SALE POCHE 0.9% (20)	3	23,00	69,00	
SOLUMEDROL 120 INJ	1	57,60	57,60	
TRICEF 1G /10ML IV,FLACON DE POUDRE+AMPO	4	104,70	418,80	
Sous-Total médicaments			767,00	
INTRANUL G 24 (100)	1	10,00	10,00	
SERINGUES 5 CC BT 100 (100)	5	2,50	12,50	
TUBULAIRE (PERFUSEUR (50)	1	10,50	10,50	
Sous-Total consommable médical			33,00	
Total pharmacie			800,00	

(\*) Conditionnement hospitalier

**Clinique Larache**  
 S.A.R.L.  
 B.P : 364 - Larache  
 Tél. : 0539.52.05.13 - 0539.52.04.03  
 NP : 160003372



## CLINIQUE LARACHE

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 16/04/2023

Références

644 / 230419111356003703

PAYANT

Entrée / Sortie : 16/04/2023 - 18/04/2023

Le Dr. MAAFI ABDELKRIM

présente à Mr CHAHINE AHMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 000,00 Dhs (MILLE DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Abdelkrim MAAFI  
Anesthésiste Réanimateur  
Larache  
INPE : 161076815

Cachet et signature

# CLINIQUE LARACHE

S. A. R. L

Médico – Chirurgicale

## COMPTE RENDU HOSPITALISATION

NOM ET PRENOM

DATE

: *Chahni Ahmed*  
: *16-04-23*

*Age = 70 y*

*Suiv par Tumeur Bronchique @  
métabolisme cérébral*

*Admis pour troubles de conscience  
et encéphalopathie.*

*CAT : Réhydratation*

- ATB (oxaciline)*
- Contre-épileptique*
- $O_2 = 5\text{ l/min}$*

*Suiv par le médecin*

*Dr. Abdelkrim MAAFI*  
Anesthésiste-Réanimateur  
Larache  
INPE : 161076815