

**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 3 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  
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° W19-429876

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2299 Société : 163817

☐ 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 :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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.

Le : / /

[illegible][illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

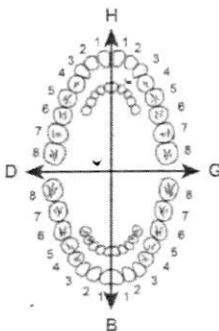
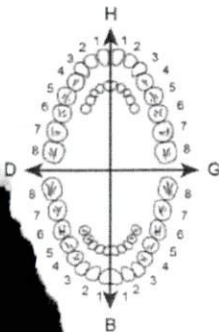
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<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 colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# POLYCLINIQUE WIFAK

## F A C T U R E

N° Admission : 23C0804-01H

N° : 6859 / 2023 du 18/03/2023

Nom patient **CHAHINE AHMED**  
**PAYANT**

Entrée 17/03/2023

Sortie 18/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
REANIMATION	1,00		1 500,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
PHARMACIE	1,00		250,17	250,17
			<i>Sous-Total</i>	250,17
<b>Total Clinique</b>				<b>1 750,17</b>

DR. BENDAHMANE FAHD (rea-anesthésie)	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS DIX-SEPT CENTIMES

**Total 2 750,17**

**Polyclinique Wifak**  
Lotissement Wifak, Lot Eq 1  
Tel : 05 37 58 20 00  
INPE : 100064070

# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	CHAHINE AHMED	N° Facture :	6 859	IC0804-01H
-------------	---------------	--------------	-------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
MANITOL 10 % 500 ml flacon (1)	1	17,41	17,41
METHYLPREDNISOLO 120 MG INJ (20)	1	35,00	35,00
MORPHINE/10MG/1A INJ (10)	1	4,58	4,58
OEDES 40 MG INJ (05)	1	49,80	49,80
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>106,79</b>
ALAISE MATELAS (01)	2	11,25	22,50
BANDELETTE CONTOUR PL (50)	8	4,35	34,80
CALOT INFI (100)	12	0,60	7,20
COUCHE LARGE (10)	2	7,49	14,98
GANT EXAMEN LATEX (100)	50	0,94	47,00
INTRANUL 20 G ROSE (001)	1	2,82	2,82
SERINGUE 1 CC G25 (01)	1	1,12	1,12
SERINGUE 10 CC G21 (01)	2	1,80	3,60
SURCHAUSSURES (100)	12	0,78	9,36
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>143,38</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>250,17</b>

(\*) Conditionnement hospitalier

**Polyclinique Wifak**  
 Lotissement Wifak, lot Eq 1  
 Tél: 05 37 58 20 00  
 INPE : 100064070

## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

<b>Nom : CHAHINE</b>	<b>prénom : AHMED</b>	<b>Médecin traitant</b> <b>Dr BENDAHDMANE.F</b>
<b>Age : 71 ans</b>		<b>Réanimateur, Anesthésiste</b>
<b>Sexe : M</b>		
<b>Date d'entrée</b> 17/03/2023	<b>Date de sortie</b> 18/03/2023	
<b>Organisme</b> MUPRAS	<b>Service</b> REA	<b>Chambre</b> BOX 3
<b>IPP : 23C0804-01H</b>		

Patient âgé de 71 ans, admis pour trouble de conscience et crise épileptique sur métastase cérébrale

### Antécédents

- Diabète sous insuline
- Pontage aorto-coronaire en 2017
- suivie pour tumeur pulmonaire avec métastase cérébrale.

**Histoire de la maladie** remonte au 01/03/2023 où le malade a fait une chute de sa hauteur, occasionnant une agitation avec un syndrome confusionnelle selon sa famille.

**L'examen clinique à l'admission,** légèrement confus, hémiparésie droite, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, TA 123/48, FC : 72 bpm, Dextro : 1.66, SPO2 : 95% sous 2L d'oxygène, pas de râle ni de souffle à l'auscultation cardio-pulmonaire, abdomen souple, cuisses et mollets souples.

**IRM Cérébrale faite à titre externe :** en faveur de métastases cérébrales récentes.

Malade hospitalisé en service de réanimation, apports hydro électrolytiques de base, anticonvulsivant, corticoïde et mannitol.

Malade déclaré sortant après une nuit en service de réanimation, après stabilité de son état et à la demande de sa famille.

Signé par Dr BENDAHDMANE.F

Dr. BENDAHDMANE.F  
Anesthésie - Réanimation  
Polyclinique Al Wifak  
N° 01167682



**POLYCLINIQUE WIFAK****NOTE D'HONORAIRES****Le : 18/03/2023****Références**

6 859 / 230318095737003903

PAYANT

**Entrée / Sortie : 17/03/2023 - 18/03/2023****Le Dr. BENDAHMANE FAHD****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**

**Jr. BENDAHMANE Fahd**  
**Anesthésie - Réanimation**  
**Polyclinique Wifak**  
**INPE : 101167682**

*Cachet et signature*

# POLYCLINIQUE WIFAK

## Relevé des prestations

N° Admission : 23C0804-01H

N° : 0 / 2023 du 18/03/2023

Nom patient **CHAHINE AHMED**  
**PAYANT**

Entrée 17/03/2023

Sortie 18/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
REANIMATION	1,00		1 500,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
PHARMACIE	1,00		250,17	250,17
			<i>Sous-Total</i>	250,17
<b>Total Clinique</b>				<b>1 750,17</b>

DR. BENDAHMANE FAHD (rea-anesthesie)	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 000,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
DEUX MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS DIX-SEPT CENTIMES		<b>Total</b>	<b>2 750,17</b>