

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-004397

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8668

Société : RAM ND

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAIFOURI EL HAMDI

Date de naissance : 15.07.1968

Adresse : 14 Rue HAJ TILALI EL AUFIR MARUFAR
CASA

Tél : 06 67 21 10 21 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. YOUSSEF MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zartoun

Date de consultation : 21.06.2023

Nom et prénom du malade : Taifouri Yalha Age : 21

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Appendicite aggravee

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 : 28.06.2023 (USA)

Le : 28/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
21/6/23	C 2		200	DR. Youssouf KANOUN Anesthésie Réanim. Clinique Zarrouk

22/6/23 In ospedale 13^a
CLINIQUE ZARHOUN

Achat et signature du Médecin
téttendant le Paiement des Actes
DR. YOUSSEF MILIKA
Anesthésie Réanim.
Clinique Zarrouk

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	09/0004012	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

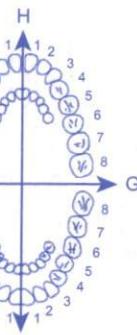
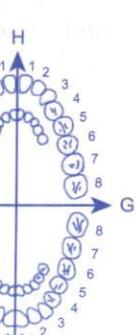
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr

ORDONNANCE

Casablanca, le : 21/06/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur M. Loudi

prie M^e TAFOUR YAHYA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour

s'élevant à la somme de 300.00 DHS

DR. YOUSSEF MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zarhoun

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr

ORDONNANCE

Casablanca, le : 21/06/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Boussekri

prie M^{me} Tarifouz Ghalya

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour

s'élevant à la somme de 300.00 DHS

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Bon de Commande N° 00230

Casablanca, le : 21/06/2023

A

Réf.	DESIGNATION	QUANTITE	PU HT	MONTANT HT
	TAFOURI			1500,-

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun
Mers-Sultan Casablanca
Tél : 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - Fax : 0522.27.80.75

34 زنقة زرهون (رئس ساقا) - مرس السلطان - 21000 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - الفاكس : 34 Rue Zarhoun (Ex. Reims) Mers-Sultan - 21000 Casablanca - Tél : 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - Fax : 0522.27.80.75
Email : clinique.zerhoun@gmail.com - I.F. : 402049307 - PATENTE : 34303192 - CNSS : 1617094 - ICE : 0017525600000002

DETAIL PHARMACIE

OMEPRAZOL 40	30.00
SERUL SALE+ ELECTRLYTE	50.00DH
G5 + ELECTROLYTES	50.00DH
BAQURE 500	125.00DH
ZYRDOL 500INJ	45.00DH
TOTAL	300.00DH

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de l'Orme)
Mers Sultan Casablanca
Tel.: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax : 05 22 27 86 25



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 21/06/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8668 E-mail : etafouri@ayadou.mupras.com Phone : 06 62 81 10 21

Nom et Prénom de l'adhérent : TAIFOURI ELHADI

Nom et Prénom du bénéficiaire : TAIFOURI YAHYA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR. Youssef MILOUDI Anesthésie Réanimation

Clinique Zartoun

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Taifouri Yahya

Nécessite une hospitalisation d'un jour ou plusieurs pour

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) un jour.

A (préciser l'établissement hospitalier) Clinique Zartoun

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Vomissements réels au travail peut être
un trouble alimentaire asymptomatic
chez une femme et de trouble hydroélectrolytique.

Cachet, date et signature du praticien

CLINIQUE ZARHOU
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Bte Sultan - Casablanca
Tél. 05 22 27 11 05 22 27 84 06

DR. Youssef MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zartoun

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

CLINIQUE ZERHOUN



مصحة زرهون

7CLINIQUE ZARHOUN

Casablanca 21 JUIN 2023

MEDECIN TRAITANT : DR BENSECRI
MEDECIN ANESTHESISTE : DR MILOUDI

FACTURE N°44006/2023

IDENTIFANT COMMUN 001752560000002

NOMS : MR TAFOURI
PRENOM : YAHYA

DATE DENTREE 21/06/2023
DATE DE SORTIE 21/06/2023

FORFAITS CLINIQUE

HOSPITALISATION 400X1J 400.00DH
Pharmacie 300 .00DH

PART CLINIQUE 700.00DH

HONORAIRES MEDECINS

HONORAIRE DR BENSECRI GASTROLOGUE 300.00DH
HONORAIRE DR MILOUDI réanimateur 300.00DH

TOTAL HONORAIRES 600.00DH

TOTAL GENERAL 1300.00DH

MILLE TROIS CENT DIRHAMS 00CTS

PAYE PARE SPECE

34 RUE ZARHOUN (EX REIMS) mers sultan Casablanca tel 0522268406
0522272711 fax 0522278075 IF40204930 RC60037 PATENTE 34303192

CLINIQUE ZARHOUN
34 Rue-Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax: 05 22 27 80 75

Bulletin à établir sur papier entête de la clinique

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 21/06/23 Heure 8 h 00

Nom et Prénom du patient M^r TAI Fouzi YAHYA Age _____

N° CIN du patient ou du tuteur _____

Adresse _____

Téléphone _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____ Téléphone _____

Médecin Traitant D^r Benkaci Durée prévue d'hospitalisation 1j

Motif d'hospitalisation Miloudi

Affiliation à une couverture maladie Oui

Non

ATTENTION :

En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration de maladie à l'attention d'un organisme d'assurance maladie.

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré _____ Lien de parenté _____

Organisme Assureur _____

Mode de paiement Payant

Prise en charge

Nom et Prénom (*)

Signature

Partie à compléter à la sortie



Date Sortie 21/06/23 Heure 14 h 00

Durée d'hospitalisation _____

Nom et Prénom (*)

Signature

(*) Indiquer le nom et prénom du signataire (le patient ou un membre de sa famille).