

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-004397

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3668 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TAIFOUTI ELHADI  
 Date de naissance : 10.07.1968  
 Adresse : 14 rue HAJ JILALI ELLOUFIR MAARFAR  
 Tél. : 06 6721 1021 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Youssef MILOUBI  
Anesthésie Réanimation  
Clinique Zartoun

Date de consultation : 24.06.2023  
 Nom et prénom du malade : Taifouti Yahya Age : 21  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection aiguë  
 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 Le : 28/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 Reçue des Actes
21/6/23	C2		200	DR. YOUSSEF MILEUDI Anesthésie Réanimation Clinique ZARHOUN
22/6/23	Hospitalisation	1300		CLINIQUE ZARHOUN Zarhoun (Rue de Reims) DR. YOUSSEF MILEUDI Réanimation

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	C2		200	DR. Youssif Miled Anesthésie Réanimation Clinique Zarfoun

22/6/23 Hôpital Sultan 1300  
CLINIQUE ZARHOUN  
31, Rue Zarhoun (Ex: Rue de Reims)  
Mers Sultan - Cavallablanc  
Tél: 03 27 27 00 00  
DR. YOUSSEF MILAUDI  
Anesthésie Réanimation  
Hôpital Zarhoun

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 09/00/40/53	Moment de la Facture
---	------------------	----------------------

[illegible][illegible]

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

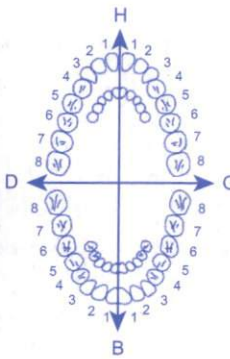
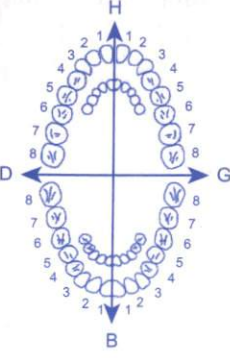
[illegible]

# 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															
				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

**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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> <hr/> <p>D      B</p> <p>00000000    00000000</p> <p>35533411    11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

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 Miloudi

prie M<sup>r</sup> TAFAUR 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 Baouech .....

prie M<sup>re</sup> TAI'FOUR YATTA .....

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 CAHya			1500,-

34 زنفقة زرهون (رئيس سابقا) - مرس السلطان - 21000 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 27 11 - 05 22 27 84 06 - الفاكس : 05 22.27.80.75  
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 : 001752560000002



## 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@royalairmaroc.ma Phones : 0667 21 10 21
Nom et Prénom de l'adhérent : TAIFOURI ELKADI	
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 sur 48 heures pour	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif) 3 jours.	
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 en traitement par antiacides et antalgiques. Anorexie alimentaire avec perte de poids. Deshydratation et troubles hydro-électrolytiques.	
Cachet, date et signature du praticien	CLINIQUE ZARHOUN 31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims) Mers Sultan - Casablanca 05 22 27 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 TAIFOURI  
PRENOM : YAHYA

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

## FORFAITS CLINIQUE

HOSPITALISATION400X1J  
Pharmacie

400.00DH  
300 .00DH

PART CLINIQUE

700.00DH

## HONORAIRES MEDECINS

HONORAIRE DR BENSECRI GASTROLOGUE  
HONORAIRE DR MILOUDI réanimateur

300.00DH  
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 (l.x. Rue de Reims)  
Mers Sultan - Casablanca  
Tél: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06  
Fax: 05 22 27 80 75



## **BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE**

Date d'entrée 21/06/23 Heure 8 h 40

Nom et Prénom du patient M<sup>r</sup> TAFOURI HANNA Age \_\_\_\_\_

N° CIN du patient ou du tuteur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Médecin Traitant Dr<sup>r</sup> Berkani Durée prévue d'hospitalisation 1

Motif d'hospitalisation Dr Nila "Dr"

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 (si différent) \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Organisme Assureur \_\_\_\_\_

Mode de paiement ☐ Payant ☐ Prise en charge

Nom et Prénom <sup>(\*)</sup>

Signature

### **Partie à compléter à la sortie**

**CLINIQUE ZARHOUN**  
Zarhoun (Ex. Rue de Reims)  
Sultan - Casablanca  
Tél : 27 77 05 27 27 84 06  
Fax : 27 77 80 25

Date Sortie 21/06/23 Heure 11 h 00

Durée d'hospitalisation \_\_\_\_\_

Nom et Prénom <sup>(\*)</sup>

Signature

<sup>(\*)</sup> Indiquer le nom et prénom du signataire (le patient ou un membre de sa famille).