

## 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'Honneur  
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° W21-811815

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13076 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : BOUZIDA Zineb 177775  
 Date de naissance : 10/08/1987  
 Adresse :  
 Tél. : 0610490262 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SIWANE ABDELHAK  
Traumato - Orthopédie

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/08/2023  
 Nom et prénom du malade : Bouzida Zineb Age: 36  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : la bégaye  
 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 : Casablanca Le : 13/08/2023

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
02/08/23	C2			INP : 044 094 574
				Dr. SIWANE ABDELHAK Traumatologie - Orthopédie

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

02/08/23 Rt. Rachis

Rombaire

300.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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



Casablanca, le 04/08/2023

ORDONNANCE

Nom : Bargido Prénom : Zineb

Nx rachis  
le bassin  
Foc. vert.

Dr. SIWANE ABDELHAK  
Traumatologie - Orthopédie

Clinique Casablanca  
Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille  
Française, Derb Ghallef, Casablanca  
Tel: 0522 92 28 28 Fax: 0522 23 81 55  
RECEPTION

**CLINIQUE CASABLANCA**  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
CASABLANCA

## Reçu de caisse

Médecin : DR. SIWANE ABDELHAK

N° : 2308021734521200 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230802172640SA-001	BOUZIDA ZINEB	02/08/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	 Clinique Casablanca Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier La Famille Française, Derb Ghallef Maarif, Casablanca Tél: 0522 92 28 28 Fax: 0522 23 81 55 CAISSE	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : AZIZ



# CLINIQUE CASABLANCA

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

## F A C T U R E

N° : 1221 / 2023 du 02/08/2023

Nom patient **BOUZIDA ZINEB**  
**PAYANT**

Entrée 02/08/2023

Sortie 02/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
RADIO	1,00	Z15	300,00	300,00
			Sous-Total	600,00
Total Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Total 600,00

  
الدار البيضاء  
Clinique  
Casablanca  
Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier La Famille  
Française, Derb Ghellaf Maarif, Casablanca  
Tél: 0522 92 28 28 Fax: 0522 23 81 55  
**RECEPTION**

Casablanca le 02/08/2023

NOM & PRENOM : ZINEB BOUZIDA

### RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE

- Minéralisation osseuse normale
- Absence de lésion dégénérative
- Absence de lésion lytique ou condensante
- Absence de lésion traumatique
- Intégrité des articulations sacro iliaques

مصحة الدار البيضاء  
Clinique Casablanca  
Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier La Famille  
Française, Derb Ghallef, Casablanca  
Tél: 0522 92 28 28 Fax: 0522 23 81 55  
RECEPTION

Dr. DAKI Anouar  
Médecin Radiologue

**CLINIQUE CASABLANCA**  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
CASABLANCA

## ORDRE D'ENCAISSEMENT

230802172709133014

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230802172640SA-001	BOUZIDA ZINEB	02-08-2023

Mode paiement		Montant Dhs
Espèces		600.00
230802172709SA	OE établi par : SANAA	