

# 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

- Reclamation : 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- 0025441

19805

C

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1517 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

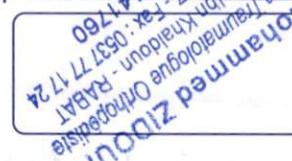
Date de naissance : 28.06.62

Adresse : 2, RUE AIT NELLAL, AU ZERHOUNE, SAWIS

Tél. : Total des frais engagés : 1350,10 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 : bruxisme

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 : Rabat Le : 11/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie M22-0025441

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
18.06.2023	CS	111	111	051141760

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/2015	40,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18.06.2017	0.0	600 HT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU CŒFFICIENT	

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CŒFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat, le : 18/04/23  
الرباط في :

Profenid® 100 mg/2 ml  
Solution injectable IM  
6 Ampoules

6 118000 060505

K

LOT 0209  
PER 08 25  
PPV 54,10 DH

LOT PUC: 198.00 DH  
C116  
2024-01

LOT PUC: 198.00 DH  
C163  
2024-09

CNK 3259-850  
3 401020 354451 >

REV. 2020/05/B

REV. 2020/01/C

Dr. Mohammed ZIDOUH  
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste  
32, Avenue Ibn Khaldoun - RABAT  
Tel.: 0537 77 67 67 - Fax: 0537 77 11 24  
INP : 051141760

INP : 05 37 77 67 64  
3, Avenue Zekhoun Soudi - Rabat  
Dr. BEUVELLO BEN YOUSSEF SONA  
Prémaide Benjelloun



Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat le ..... 18/06/2013 : الرباط في

97 - ISNAÏL YAHYI

CLINIQUE IBN KHALDOUN  
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat  
Tél: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 17 24

Dr. Mohammed  
Chirurgien Traumatologue  
32, Avenue Ibn Khaldoun  
Tél: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 17 24  
Orthopédiste  
INP: 57 - E-mail: cik@menara.ma





Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat, le 18/06/2011

Dr ISMAÏL YAHYI

Dr ISMAÏL YAHYI (89 P)

integrale orthopédie

CLINIQUE IBN KHALDOUN  
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat  
Tél. : 05 37 77 67 67 - Fax : 05 37 77 17 24

Dr MOHAMMED ZOUHRI  
Spécialiste en Traumatologie et Réadaptation  
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat  
Tél. : 05 37 77 67 67 - Fax : 05 37 77 17 24  
E-mail : cik@menara.ma





## Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

الرباط في 18/06/2023  
Rabat, le

## COMPTÉ RENDU

Patient de 23 ans, sans antécédents récents particuliers, consulte pour douleur de l'épaule gauche avec notion de luxation réduite la veille et persistance de la douleur avec sensation d'instabilité.

Examen de l'épaule sans anomalies notables en dehors d'une limitation de la rotation externe. Radiographies de l'épaule face et profil normales. Patient mis sous antalgiques avec écharpe.

es de l'épaule.  
ales. Patient  
avec charge.



# CLINIQUE IBN KHALDOUN

MEDICO - CHIRURGICALE  
32.AVENUE IBN KHALDOUN  
TEL:037776767/FAX:037771724>Email:cik@menara.ma

## F A C T U R E

N° : **1319 / 2023** du **18/06/2023**

Nom patient **YAHIA ISMAIL** Entrée **18/06/2023**  
PAYANT Sortie **18/06/2023**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
DR. ZIDOUH MOHAMMED (medecin)	1,00	V2	300,00	<b>300,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>300,00</b>
RADIOLOGIE (radiologie)	2,00		300,00	<b>600,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>600,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>900,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS **Total 900,00**

CLINIQUE IBN-KHALDOUN  
32 Avenue Ibn Khaldoùn - Rabat  
Tel: 037776767 - Fax: 037771724