

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**

**M23-0028728**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHLOU AÏSSA

Date de naissance : 03.04.76

Adresse : CASAB

Tél : 0666 60878

Total des frais engagés : 900,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : ATIKOU FATIMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : GROSSESSE

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 : CASABLANCA

Le : 18 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

# 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
18/12/2023		CS + écha	500,00	

# 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
UNIQUE DENTISTES 20, Rue d'Alsace CASA BLANCA 05 33 35 55 Fax 05 22 98 35	25/12/23	monde	400,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

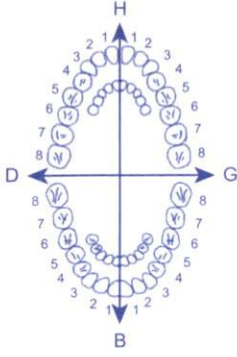
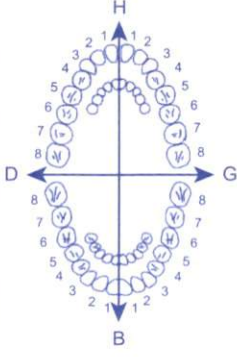
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham**  
**Gynécologue - Obstétricien**

Chef de clinique CHU Almeria  
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque  
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque  
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale  
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins  
Coelioscopie et Hysteroscopie  
Stérilité du couple. FIV - ICSI



**الدكتور ودغيري إدريسي هشام**  
**إختصاصي في أمراض النساء و التوليد**

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر  
بالمستشفى الجامعي بالميريا  
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر  
جراحة النساء والثدي  
الجراحة بالمنظار  
العقم والإخصاب

18/12/2023

**AIT IKKOU Fatima**

**Monitoring Foetal**

**37 semaines d'aménorrhées et 3 jours**

**Dr. OUDRHIRI IDRISSE H**  
**Gynécologue - Obstétricien**  
Angle Bd Bir Anzarane et Rue Cold Achtar  
Rés: Ribh, 3e étage - Casablanca  
Tél: 05 22 25 10 15 - Gsm: 06 62 22 48 82

**Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham**  
**Gynécologue – Obstétricien**

Chef de clinique CHU Almeria  
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque  
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque  
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale  
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins  
Coelioscopie et Hysteroscopie  
Stérilité du couple. FIV – ICSI



**الدكتور ودغيري إدريسي هشام**  
**إختصاصي في أمراض النساء و التوليد**

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر  
بالمستشفى الجامعي بالميريا  
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر  
جراحة النساء والثدي  
الجراحة بالمنظار  
العقم والإخصاب

**NOTE D'HONORAIRE**

Date : 18/12/2023

Nom et Prénom : **AIT IKKOU Fatima**

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 500 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 300 DH

Prix de l'échographie : 200 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISSE H

**Dr. OUDRHIRI IDRISSE H**  
**Gynécologue – Obstétricien**  
Boulevard Achkar  
Almeria 06 62 22 48 82

*Casablanca : 25/12/2023*

### **NOTE D'HONORAIRE**

Nous soussignons Clinique LES PAPILLONS, reconnais que : Mme AIT IKKOU FATIMA à payer la somme de 400 DHS pour UN MONITORING.

Le présent facture est établi à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE

LES PAPILLONS  
23, Rue des Papillons  
CASABLANCA  
022 93 30 35 - Fax 022 93 31

Casablanca, le 26-12-83

NOTE CONFIDENTIELLE  
DU  
MEDECIN TRAITANT

Concernant M<sup>me</sup> AIT IKOU FATIMA

1. Date de la constatation de l'état du Malade

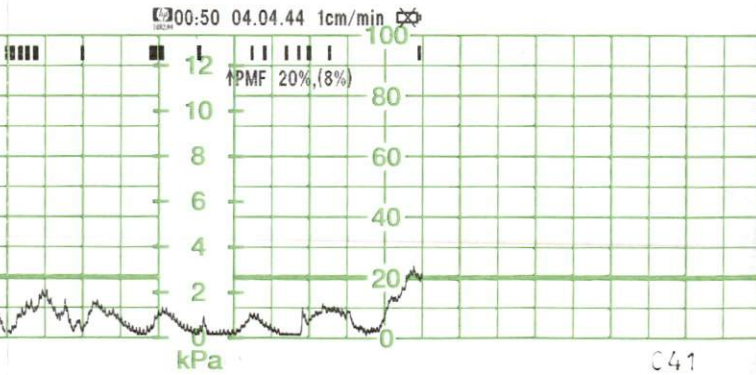
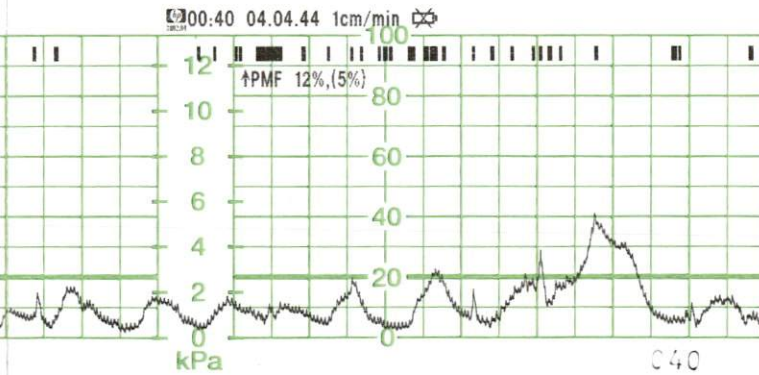
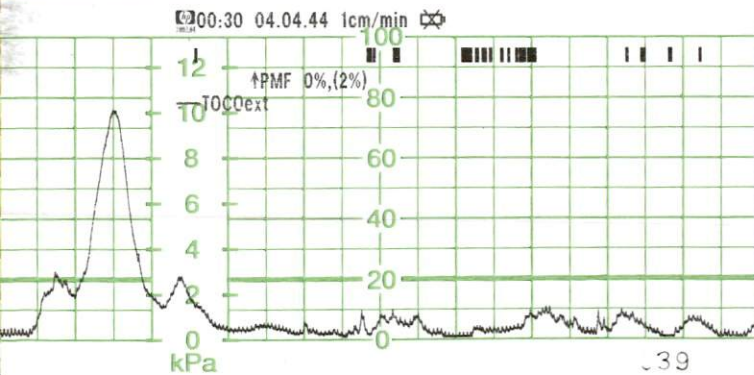
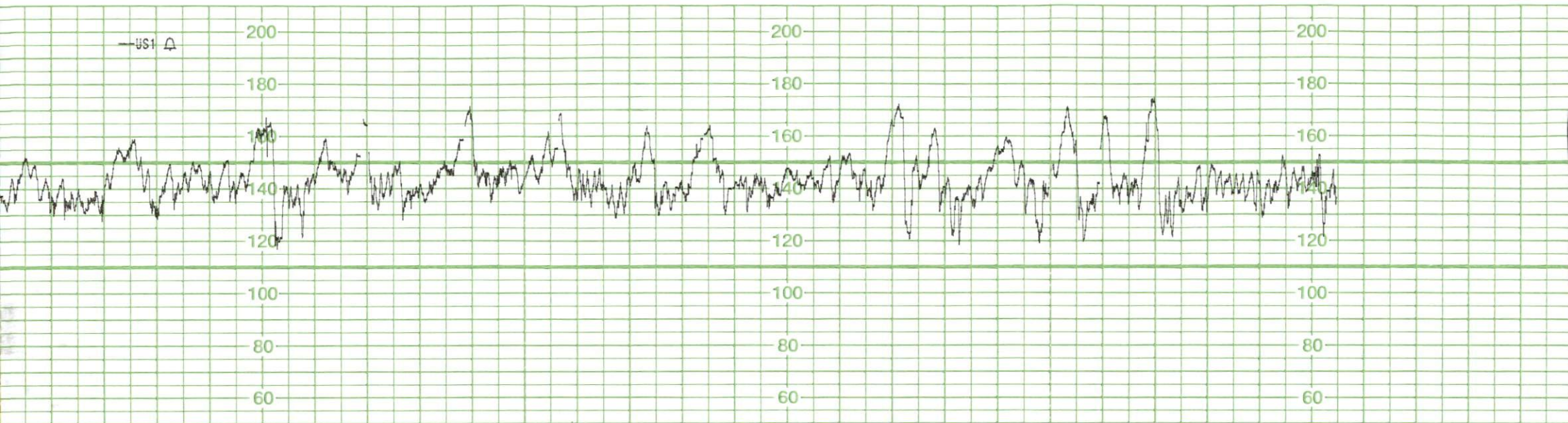
2. Renseignements cliniques Sommaires

uterus cicatriciel

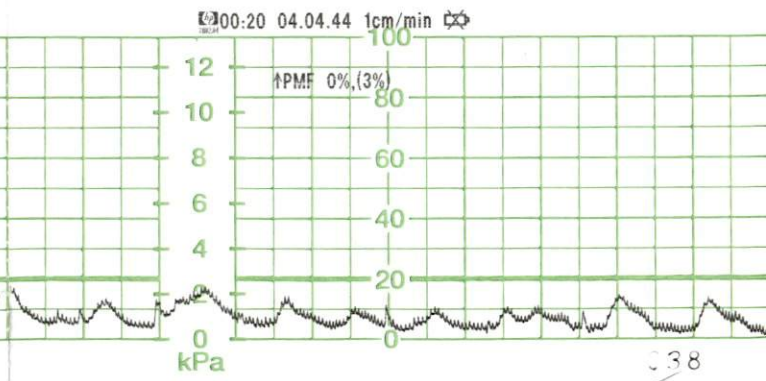
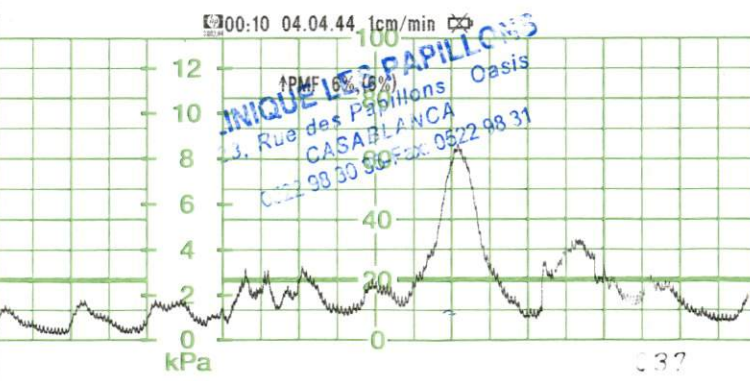
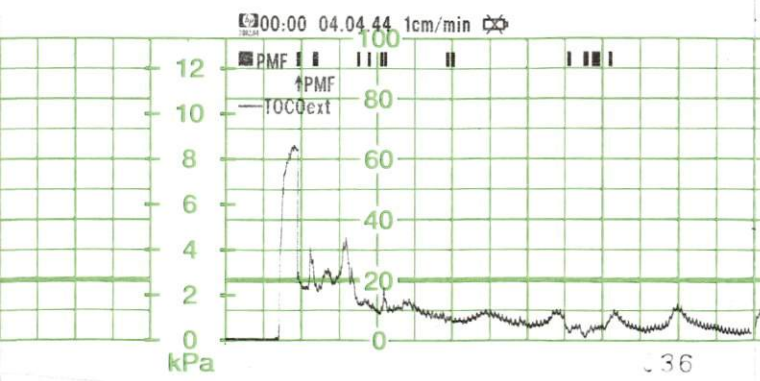
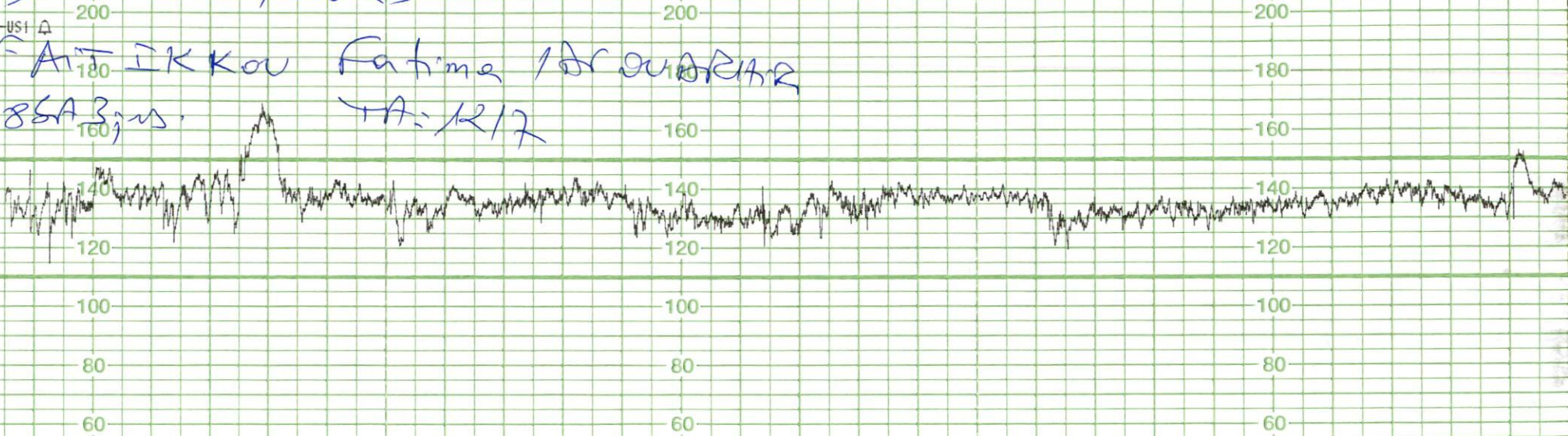
Traitement envisagé, correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin  
D'information ou à la demande d'entente préalable.

Césarienne

Dr. OUDRHAKI DRISSI H  
Gynécologue - Obstétricien  
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achkar  
Rés. Riha, 3<sup>e</sup> Etage - Casablanca  
Tél: 0522 25 10 15 - Gsm: 0662 22 48 82



Q. Antikku Fatima Aravind  
Age: 38 SA 3; us. TA: 12/7





Clinique  
les papillons

Monitoring

حصّة الغرشات

Reçu de Caisse

N°

103539

Nom : Mr AIT IKKOU  
Prénom : Fatima / D'oussier  
Montant : 400 DH  
Date de sortie : 25/12/2014  
Chambre : SA  
Régulé par M. D. el Ben

Signature

Signature du Caissier :

RECEPTION  
CLINIQUE LES PAPIILLONS