

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-819626

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUSBINA KHAUD  
 Date de naissance : 16-01-66  
 Adresse : 602 F CAY V8 RUE VERTE  
 Tél. : 0663 72778 Total des frais engagés : 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 : Malek Bousbina syndrome

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-215/2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/11/24	03-06-3725 Séance de rééducation 06-34	1	444,28	INF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Assistent Paramédical 03-2024-12-1

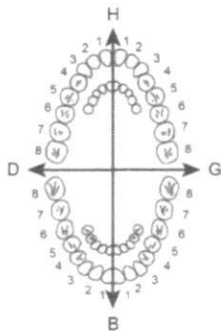
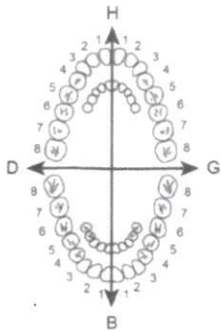
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	(Création, remont, adjonction) 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMEDI  
HUIM6

PARANTAL C 1000®

PPV 19DH60  
EXP 05/2026  
LOT 34024 4

بففى الجامعى  
بى محمد

PPV: 79DH70  
PER: 09/26  
LOT: M3092

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

31/11/24

Malak bouskoura

29,70

1/ Arix 500



19,60  
14/5

(3J)

2/ Parental vit



1 CP x 4/5

fièvre ou douleurs

15,90,20

Centre Hospitalier  
Bouskoura  
Casablanca  
Tél: 05 22 59 23 15 - 07 70 40 06 84

Hôpital Universitaire International  
Pr. Assistant BENICHAH Mohamed  
Pédiatrie  
Tél: 03 70 27 21

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2401311030463270 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400291972	BOUSBINA MALAK	31/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3985	444.28
PAYANT	Total payé	444.28
QUATRE CENT QUARANTE-QUMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : BEKKALI



2400291972

**F A C T U R E**

N° 6 634 / 2024 du 31/01/2024

Nom patient : BOUSBINA MALAK

Entrée 31/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de pediatrie	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
PHARMACIE	1.00		144.28	144.28
			Sous-Total	144.28
Total Frais Clinique				444.28

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT QUARANTE-QUATRE DIRHAMS VINGT-HUIT CENTIMES	Total 444.28

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			444.28		444.28	0.00



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

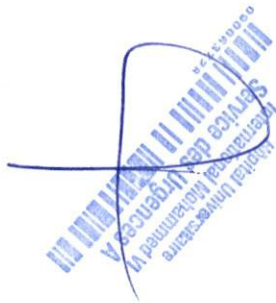
31/01/2024

10:32

Nom Patient : BOUSBINA MALAK

Numéro dossier : 2400291972

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
31/01/2024	INTRANULE G 22	196090	1,00	1.60	1.60
31/01/2024	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	196090	1,00	1.17	1.17
31/01/2024	SERINGUE 10ML	196090	1,00	2.43	2.43
31/01/2024	OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0	196090	2,00	29.90	59.80
31/01/2024	ONDANSETRON NORMON 8M INJECTA (50)(1)	196090	1,00	46.24	46.24
31/01/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	196090	1,00	5.86	5.86
31/01/2024	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)(1)	196090	1,00	14.08	14.08
31/01/2024	CHLORURE DE SODIUM 0, 250 INJECTA (01)	196090	1,00	13.10	13.10
Total pharmacie					144.28





مركز النقديات

**ACHAT )))**

31/01/24

10:33:46

9900241168

92411601

**HM6 EXPLOR ENF**

Bouskoura

A0000000031010

485013\*\*\*\*\*0074

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**444,28 MAD**

Num Transaction

: 004

Num Autorisation

: 812849

STAN

: 003985

---

TICKET COMMERCANT A CONSERVER