

# 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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-826006

19025

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUKH OUSSAMA

Date de naissance : 3 juin 1989

Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Im 8 Apt 6

Mohammedia

Tél. : 06 13 27 60 95 Total des frais engagés : 530 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAOCHAQ - Pédiatre  
Rd. Jawad Rue Bourgogne  
Mohammedia  
TEL 06 61 35 57 80

Date de consultation : 21/01/2024

Nom et prénom du malade : KHOUKH Yazid Age : 2

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite chronique

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 : Mohammedia Le : 21/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-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 Paiement des Actes
21/10/24	Service Administration		500,000	INP : 11111111

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRANDE PHARMACIE EL GUEUATRI PHARMACIE DOCTEUR EN PHARMACIE WARDI II, BD HASSAN II MOHAMMEDI TEL: 05 23 32 01 10	21/10/24	30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammadia  
المصحة الدولية للمحمدية

Yazid Khouch

Mohammadia, le 21/1/24

30.00

- Bébarben

130 g 6 - alin / 3 j

- Steri - ng bouché

x 6 / 1

30.00

LA GRANDE PHARMACIE  
EL GUEOUATRI SAMIRA  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
WARDA II, BD HASSAN II  
MOHAMMADIA  
TEL. 05 23 32 01 10

TEL : 05 23 33 01 27  
WWW.2131-MOHAMMADIA

Dr. CHAQCHAQ

Dr. CHAQCHAQ - Pédiatre  
Res. Jawad Rue Bourgoine  
Mohammadia  
Tel. 0661 35 57 80 - 0523 34 20 33  
INPE : 091040527

LOT: 4272  
PER: 05 - 25  
P.P.V: 30 DH 00

AMM : 213 DMP/21/NNP

Bétastène 0.05%, solution  
buvable, flacon de 30ml



6 118000 091806

Boulevard Mohammed VI, à coté de Station Shell-Marjane, Mohammadia

Tél. : 05 23 28 91 91 - Fax : 05 23 32 88 64

E-mail : direction@clinique-internationale-mohammadia.ma

Site web : www.clinique-internationale-mohammadia.ma



CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA



MOHAMMADIA Le :

**A. Identification**  
N° Dossier : CIM24A21115331  
**Nom & Prénom : bebe KHOUKH YAZID**  
C.I.N :  
Adresse : MOHAMMEDIA

**B. Assuré**  
Lien avec l'assuré : Lui même  
Nom prénom :

**Facture N° 01356/24**  
N° Identifiant : 011111/24

**C. Débiteur**  
Organisme : Payant  
ICE : Adresse :  
N° d'affiliation :  
N° d'immatriculation :  
N° Prise en charge :  
**D. Période d'Hospitalisation**  
Date Entrée : 21-01-2024  
Date Sortie :

page 1/1

Médecin traitant : DR . CHAQCHAQ ABDELFATTAH

Traitement : Urgence

CINQ CENTS DIRHAMS  
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :  
ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Service Admission  
Clinique Internationale de Mohammedia  
Boulevard Mohammed VI  
Mohammedia  
INPE: 060065182