

## 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'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

N° W19-483368

N°D: 11540

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12613 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISSI Bouzidi OVIAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 170511 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Khadija PIRO ED. MAHASSINI  
Gynécologie - Obstétrique  
3, Rue Al Yanboue - Appt. N°7  
face Bab Soufara  
Tél. : 05 37 70 09 79 - Rabat

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DRISSI Bouzidi OVIAM

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

Nature de la maladie : Cancer

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) :



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
21/11/15	ASO	1	3000,00	INP: 10113119 Dr Khadija PIRANI Gynécologie - Obstétrique 3, Rue Al Yarbouq Casablanca
21/11/15	K100	1	3000,00	

Dr Khadija PIROUD - MAHASSIN  
Gynécologie - Obstétrique  
3, Rue Al Yabouba - Appartement N° 7  
face Bab Soufara  
Tél : 05 37 70 08 79 - Rabat

[illegible][illegible]

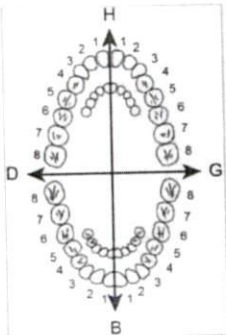
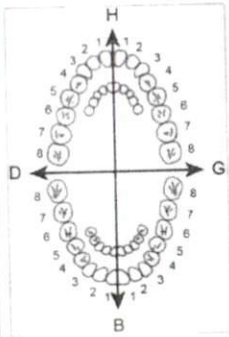
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/11/15	Total clinique				5.232,5

# 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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

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

**Important :**

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

	DEBUT D'EXECUTION
1	08/09/2017
2	08/09/2017
3	08/09/2017
4	08/09/2017
5	08/09/2017
6	08/09/2017
7	08/09/2017
8	08/09/2017
9	08/09/2017
10	08/09/2017
11	08/09/2017
12	08/09/2017
13	08/09/2017
14	08/09/2017
15	08/09/2017
16	08/09/2017
17	08/09/2017
18	08/09/2017
19	08/09/2017
20	08/09/2017
21	08/09/2017
22	08/09/2017
23	08/09/2017
24	08/09/2017
25	08/09/2017
26	08/09/2017
27	08/09/2017
28	08/09/2017
29	08/09/2017
30	08/09/2017
31	08/09/2017
32	08/09/2017
33	08/09/2017
34	08/09/2017
35	08/09/2017
36	08/09/2017
37	08/09/2017
38	08/09/2017
39	08/09/2017
40	08/09/2017
41	08/09/2017
42	08/09/2017
43	08/09/2017
44	08/09/2017
45	08/09/2017
46	08/09/2017
47	08/09/2017
48	08/09/2017
49	08/09/2017
50	08/09/2017
51	08/09/2017
52	08/09/2017
53	08/09/2017
54	08/09/2017
55	08/09/2017
56	08/09/2017
57	08/09/2017
58	08/09/2017
59	08/09/2017
60	08/09/2017
61	08/09/2017
62	08/09/2017
63	08/09/2017
64	08/09/2017
65	08/09/2017
66	08/09/2017
67	08/09/2017
68	08/09/2017
69	08/09/2017
70	08/09/2017
71	08/09/2017
72	08/09/2017
73	08/09/2017
74	08/09/2017
75	08/09/2017
76	08/09/2017
77	08/09/2017
78	08/09/2017
79	08/09/2017
80	08/09/2017
81	08/09/2017
82	08/09/2017
83	08/09/2017
84	08/09/2017
85	08/09/2017
86	08/09/2017
87	08/09/2017
88	08/09/2017
89	08/09/2017
90	08/09/2017
91	08/09/2017
92	08/09/2017
93	08/09/2017
94	08/09/2017
95	08/09/2017
96	08/09/2017
97	08/09/2017
98	08/09/2017
99	08/09/2017
100	08/09/2017

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION	
------------------------	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة الأمم المتحدة  
Clinique des Nations Unies

F A C T U R E

N° : 7870 / 2019 du 21/11/2019

Nom patient **DRISSI EL BOUZAI DI OUIAM**  
**PAYANT**

Entrée 18/11/2019  
Sortie 21/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR CH INDIVIDUELLE	3.00	H	400.00	1 200.00
BLOC OPERATOIRE	100.00	(K100+A50)	25.00	2 500.00
MONITORING	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	3 850.00
PHARMACIE	1.00		1 382.56	1 382.56
			Sous-Total	1 382.56
<b>Total Clinique</b>				<b>5 232.56</b>

DR. SQUALI JAMAL (anest.reanimat)	50.00	AREK50	30.00	1 500.00
DR. PIRO KHADIJA (gyneco-obsteticien)	100.00	K100	30.00	3 000.00
			Sous-Total	4 500.00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>4 500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	9 732.56
NEUF MILLE SEPT CENT TRENTE-DEUX DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES		

PAYE PAR CHEQUE  
N° : 6373389  
Banque : bnci  
Le : 24/11/19

CLINIQUE NATIONS UNIES  
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal  
Agdal - Rabat  
Tél. : 05 37 67 05 05  
Fax : 06 37 67 35 35 - 05 37 67 14 09




## ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : DRISSI EL BOUZAIID OUIAM N° Facture 7 870 H1907820

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN INJ PH (05)	3	6.54	19.62
AIG. RACHIS G25 /90 MM REF.021251	1	80.00	80.00
ANDOL 1 G INJ (01) PH	3	18.80	56.40
ATROPINE [B/100] 1mg inj (01)	1	1.79	1.79
BETADINE SOL.BLEU 125ml PH (01)	2	15.60	31.20
BRACELET N. NEE (01)	1	5.00	5.00
CHLORURE POTASSIUM [b/100] inj (01)	2	2.80	5.60
CHLORURE SODIUM 10%[b/100] inj (01)	2	2.80	5.60
CLAMP OMBILICAL (001)	1	5.00	5.00
ELECTRODE (001)	3	5.00	15.00
EPHEDRINE 3% inj (10)	1	9.28	9.28
GANT JETABLE (50)	6	1.70	10.20
GANT STERILE 7.5	6	9.50	57.00
INTRANULE 18 VERTE (001)	2	10.00	20.00
LAME BIS -23 (001)	2	3.00	6.00
LUNETTE A O2 (001)	1	15.00	15.00
MAXICLAV 1G/ 200 MG INJ PH (01)	3	24.90	74.70
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
MONOCRYL 4/0 CT 19 MM Y422H (001)	1	120.00	120.00
OXYGENE (001)	1	100.00	100.00
PANSEMENT (001)	1	150.00	150.00
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM GLUCOSE 10%500ML SOTHEM(01)	1	12.50	12.50
POCHE SERUM GLUCOSE 5% 500ML (001)	3	15.90	47.70
POCHE SERUM SALE 0.9% 500 ml (001)	2	12.80	25.60
PROFENID LYOPHIL 100 MG INJ.I.V (01)	2	4.90	9.80
ROBINET 3 VOIES (001)	1	10.00	10.00
SAC A URINE (001)	1	6.50	6.50
SERINGUE JET 1 CC 25G (01)	1	4.00	4.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	9	4.00	36.00
SERINGUE JET 2.5 CC 22GA (01)	2	3.50	7.00
SERINGUE JET 20 CC 21G (01)	1	5.50	5.50
SERINGUE JET 5 CC 21GA (01)	4	3.50	14.00
SERUM SALE 0.9% 500 ml inj (01)	1	10.49	10.49
SONDE ASP CH:10 (001)	1	10.00	10.00
SONDE FOLEY 14 (001)	1	20.00	20.00
SYNTOCINON 5 UI INJ PPM (03)	5	5.73	28.65
TEGADERM 6CMX7CM (001)	3	10.00	30.00
THERMOMETRE DIGITAL (001)	1	31.00	31.00
VICRYL 1 CR 40MM V359H (001)	3	86.00	258.00
VIT K 10 MM INJ P.H ( BTE DE 5 )	1	5.56	5.56
Total pharmacie			1 382.56

  
**CLINIQUE NATIONS UNIES**  
 Av. des Nations Unies, Rue Ibn Arabi  
 Agdal - Rabat  
 Tél.: 05 37 67 05 05  
 Fax : 05 37 67 35 35 - 05 37 67 14 09

Docteur Jamal SQUALI

Professeur en Anesthésie-Réanimation

Ex. Professeur à la faculté de médecine de Rabat

Ex. Médecin attaché au CHU de Nancy - France

الدكتور جمال صقلي

أستاذ في الإنعاش والتخدير

أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط

طبيب سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي بنانسي، فرنسا

Rabat le : 21/11/19... : الرباط، في

### NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : Jamal SQUALI

Présente à M. : DR. EL BOUZALDI OUMAR

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 1500,00 DHS

Pour l'acte :

et prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. Jamal SQUALI  
Professeur en Anesthésie Réanimation  
Clinique Nations Unies - Rabat  
Tél : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 14 09

Dr. Jamal SQUALI  
Professeur en Anesthésie Réanimation  
Clinique Nations Unies - Rabat  
Tél : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 14 09



مصلحة الأمم المتحدة  
Clinique des Nations Unies

شارع الأمم المتحدة، زنفة ابن حنبل، أكادال - الرباط - الهاتف : 05 37 67 05 05 - الفاكس : 05 37 67 14 09  
Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal, Rabat - Tél. : 05 37 67 05 05 / Fax : 05 37 67 14 09

Rabat le : 18/11/19

## Note d'Homomorphisme

3000, a 7H

Trois mille circons

Dr Khadija PIRQ <sup>60</sup> MAHASSINI  
Gynécologie Obstétrique  
3. Rue Al Yabrouk Apt. N°7  
face Bab Soudara Rabat  
Tél : 34 27 70 00 79



18/11/2019

Rabat le : .....

## **Compte Rendu Opératoire**

**Patiente** : Mme. DRISSI EL BOUZAIID OUIAM  
**Chirurgien** : Dr. K. PIRO  
**Anesthésiste** : Dr. J. SQUALI  
**Diagnostic** : Césarienne

### **CRO :**

- Sous rachis anesthésie.
- Incision de Pfannenstiel.
- Hystérotomie segmentaire, transverse.
- Extraction d'un nouveau né vivant,
- Délivrance artificielle, révision utérine.
- Fermeture de l'hystérotomie au vicryl N°2.
- Hémostase parfaite, Péritonisation,
- Fermeture plan par plan.

**Dr. K. PIRO**

Dr Khadija PIRO ep. MARIASSINI  
3. Rue Al Yarbou - Obstétrique  
Tél : 05 37 70 09 19 - Rabat