

## 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

- 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° W19-436259

N° D: 12113

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12540 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUNTASSIR YASSINE  
 Date de naissance : 29/08/1986  
 Adresse : Ld. NASSIM RESIDENCE LES CHAMPS EL  
 Tél. : 0667333443 Total des frais engagés : 1278,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
**Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI**  
 15, Bvd Ain Taoujtate,  
 Résidence Bahia, ET N°4, APPT 7  
 ICE N°002035549000086 - IF : 14437605  
 Tél : 05 22 20 10 55  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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.  
 Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI  
 15 Bvd Ain Taoujtate,  
 Résidence Bahia, ET N°4, APPT 7  
 ICE N°002035549000086 - IF : 14437605  
 Tél : 05 22 20 10 55

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 |
| 18/11/15                       | visite<br>facture |                       | 1579,00                         | INF: [Signature]   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |      |   |
|---|------|---|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date | <p>Dr. DINE CHBIHI WAHOUDI</p> <p>Membre du 1<sup>er</sup> District</p> <p>95, Byd Ain Fakhate,<br/>Résidence Bahja, ET N°4, APPT 7<br/>ICEN°0020355490000884 (F) 34437605<br/>Tél: 05 22 20 10 55</p> <p>56,30</p> |

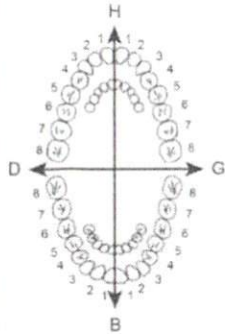
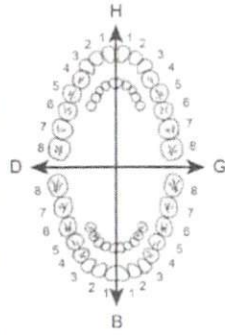
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>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.<br>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">B</th> </tr> </tbody> </table>                             |                     |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H   |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552            |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B   |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D                      G<br><table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <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  |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |
|  | H   |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411  | 11433553            |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B   |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                     | 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





مصحة أطفال  
CLINIQUE ATFAL

18/11/19

Houssair Yasmine

PPV: 70.60 DH  
LOT: 610837  
PER: 10/2020

PPV: 70.60 DH  
LOT: 610837  
PER: 10/2020

Age = 3 ans

P = 16 kg

70,60 x 3

① Augmentin Sirop enf. S.V.

PPV: 70.60 DH  
LOT: 610838  
PER: 10/2020

1 Dose de 16 kg x 3/5 → 5/5

② Brufen Sirop

1 Cam x 3/5 → 5/5

T = 2M, 80

PHARMACIE H. BOUABID  
326, Lot 150, Oasis, Quartier 11, SSIM  
MA - 20190 CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 89 05.00  
www.m20.ma

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com

Roule 21/11/19  
17h00



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

25/ 11/19

Compte Rendu

L'enfant d'autisme gammaire, reçu le 18/11/19  
pour traumatisme du <sup>scapulo</sup>corail gauche,  
chez qui nous avons réalisé une suture  
en suture latérale au doigt 5/0 sans sc avec  
2 points en suture latérale.

Dr. Driss CHBIH WAHIDI  
15, Bvd Ain Taoujate,  
Résidence Bahia, ET N°4, APPT 7  
ICE N°00203554900086 - IF: 14437605  
Tél: 05 22 20 10 95

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI  
Chirurgien Pédiatre



Maladies et chirurgies de l'enfant  
Chirurgie viscérale  
Chirurgie traumatologique et orthopédique  
Chirurgie urologique (Circoncision)

د. إدريس الشبيهي الوحدوي  
أخصائي في جراحة الأطفال  
الجراحة الباطنية  
جراحة العظام والمفاصل  
جراحة المسالك البولية (الختانة)

Casablanca le

29/11/19

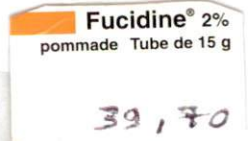
Montasser ya

①

Sérum de Glucose

Bain d'eau tiède → 55  
39,70

② Fucidine pommade



Appt x 2/3 → 55

T=56,30



# CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS  
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28  
IF 01087099

090003690



## F A C T U R E

N° : 8094 / 2019 du 25/11/2019

Nom patient **MOUNTASSIR YASMINE**  
**PAYANT**

Entrée 18/11/2019

Sortie 18/11/2019

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

|                |      |  |            |        |
|----------------|------|--|------------|--------|
| RADIO          | 1,00 |  | 200,00     | 200,00 |
| FRAIS DE SALLE | 1,00 |  | 100,00     | 100,00 |
|                |      |  | Sous-Total | 300,00 |
| PHARMACIE      | 1,00 |  | 410,00     | 410,00 |
|                |      |  | Sous-Total | 410,00 |
| Total Clinique |      |  |            | 710,00 |

|  |      |   |            |        |
|--|------|---|------------|--------|
| DR. CHBIHI WAHOUDI DR (chirurgien pedia) | 1,00 | K | 800,00     | 800,00 |
|  |      |   | Sous-Total | 800,00 |
| Total Autres prestations                 |      |   |            | 800,00 |

|  |                   |
|--|-------------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>MILLE CINQ CENT DIX DIRHAMS | Total<br>1 510,00 |
|  |                   |

CLINIQUE  
50, Bd Abderrahim BOUABID OASIS  
Tél: 022 23 18 18  
Fax: 022 23 50 28

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/11/2019

13:57

Nom Patient : MOUNTASSIR YASMINE

Numéro dossier : U19K251450

| Date            | Produit consommé          | N° BS | Quantité | Prix Unit. | Total  |
|-----------------|---------------------------|-------|----------|------------|--------|
| 25/11/2019      | TEGADERM 6CMX7CM (100)    | 0     | 1,00     | 20,00      | 20,00  |
| 25/11/2019      | VICRYL 5/0 CT 13 MM (001) | 0     | 3,00     | 120,00     | 360,00 |
| 25/11/2019      | GANT STERILE 8 (001)      | 0     | 1,00     | 30,00      | 30,00  |
| Total pharmacie |                           |       |          |            | 410,00 |

CLINIQUE  
ATFAL  
Dr. Bouabid  
ASABLANCA  
Tél: 05 22 23 50 28



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

## Note d'honoraires

Nom et prénom

Yasmine Mountassir

Diagnostic

En plan de dent au ht

Intervention

Cotation

Honoraires

1500 Dh

Casablanca, le

18/11/19

Signé

**CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL**

50, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - CASABLANCA

Tél : 0522 23 18 18 / Fax : 0522 23 50 28

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

E-mail : atfalclinique@gmail.com





مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

18/11/19

Pauline Yanni

Copie Rendu

Pr de pied gauche Face

=> Absence de lésion osseuse ou articulaire

Visible au jmr

**Dr. DRIS CHBIHI WAHOUDI**  
15, Bvd Ain Taoujate,  
Résidence Bahia, ET N°4 - APPT 7  
ICE N°002035549000086 - RF : 14427605  
Tél : 05 22 20 10 55

# CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS  
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28  
IF 01087099  
Casablanca

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 18/11/2019 Heure 13:50

Nom et Prénom du patient . MOUNTASSIR YASMINE

Age ou Date Naissance 120 -

N° Cin du patient ou du tuteur .

Adresse .

Téléphone .

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant CHBIHI WAHOUDI DRISS

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 18/11/2019

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

CLINIQUE ATFAL

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 18/11/2019 ,

## Références

8 094 / 191125135238007022

PAYANT

**Entrée / Sortie : 18/11/2019 - 18/11/2019**

Le Dr. **CHBIHI WAHOUDI DRISS**

présente à . **MOUNTASSIR YASMINE**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
800,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Driss CHBIH WAHCH  
Résidence N°14, ET N°4, APP  
ICE N°01 035549300086 - IF: 14437605  
Tél: 05 22 20 10 55

*Cachet et signature*