

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° W19-501720

121976

par courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2992

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUCETTA

Saida

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

700 + 190,40 + 1200

DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed Zidoune
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
32, Avenue Ibn Khaldoun - RABAT
Tél.: 0537 77 67 67 - Fax : 0537 77 17 24
INP : 051141760

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

suivie à l'étranger

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 : 20/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-501720

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

2992

Nom de l'adhérent(e) :

BOUCETTA Saida

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

10/07/2022

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
20/07/2022			5	Dr. Mohamed Zaidou Chirurgien Traumatologue 32, Avenue Ibn Khaldoun Tél: 0537 77 67 67 INP: 0544 4760
20/07/2022			300,00	Dr. Abdelmalek Cherif Chirurgien Traumatologue 32, Avenue Ibn Khaldoun Tél: 0537 77 67 67 INP: 0544 4760

32, Avenue Ibn Khaldoun
 Tél.: 0537 71 67 67
 INP : 0514 1760

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HINSAF 8, Av. Mehdi Ben Barka Souissi - Rabat Tél: 05 37 75 16 07 06 : 00170114000050	20.5.2022	± 190,40 €

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE AL-ANBAT
18, Av. Mendi Ben Berka
Sousse, Rabat
Tél: 05 37 75 16 07
Fax: 05 37 75 16 07

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
		A M	P C	I M	I V	
CLINIQUE IBN KHALDOUN 32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat Tél : 05 37 77 67 67 Fax : 05 37 77 17 24	20/05/12					12000

CLINIQUE IBN KHALDOUN
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tel: 05 37 77 67 67
Fax: 05 37 77 17 24

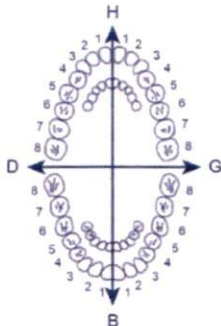
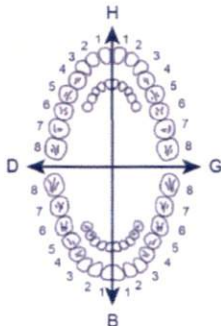
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

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 :

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	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE IBN KHALDOUN

Docteur Mohammed ZIDOUH

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
Chirurgie des Rhumatismes Articulaires
Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la main



صحة ابن خلدون

الدكتور محمد زيدوع

جراحة العظام والمفاصل
جراحة اليد - الجراحة بالمجهر

Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat, le : 20/05/22

168.20

→ Augmentation (18)

14 x 2/1/10

22.20

→ cardiogram

14 x 2/1/10

± 190.40 ±

PHARMACIE AL MINBAT
18, Av. Mehdi Ben Berka
Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 16 07
ICE : 001751114000050

DR. Mohammed ZIDOUH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
32 Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél.: 0537 77 67 67 - Fax : 0537 77 17 24
INP : 051141760

Life... يوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES

PPV: 168,20 DH
LOT: 647360
PER: 12/22

PHARMACIE AL MINBAT
18, Av. Mehdi Ben Berka
Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 16 07
ICE : 001751114000050

PPV: 22DH20
PER: 04/24
LOT: L1502



INP : 051141760

32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat - Tél. : 05 37 77 67 67 - Fax : 05 37 77 17 24 - E-mail : zidouh.med@gmail.com
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat - Tél. : 05 37 77 67 67 - Fax : 05 37 77 17 24 - E-mail : zidouh.med@gmail.com



COMPTE RENDU OPERATOIRE

MEDECIN TRAITANT : DR ZIDOUH

PATIENT : Mme BOUCETTA SAIDA

DIAGNOSTIC : DOIGT A RESSAUT GAUCHE

CRO :

- Anesthésie locorégionale
- Incision a la base du doigt a ressaut a proximité du pli de flexion palmaire
- Ouverture partielle de la gaine du tendon fléchisseur
- tenolyse du tendon du fléchisseur
- Suture par nylon 2/0
- Pansement
- Suite simple

Dr. Mohammed ZIDOUH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
32, Avenue Ibn Khaldoun - RABAT
Tél.: 05 37 77 67 67 - Fax : 05 37 77 17 24
INP : 051141760

CLINIQUE IBN KHALDOUN

MEDICO - CHIRURGICALE

32.AVENUE IBN KHALDOUN

TEL:037776767/FAX:037771724/Email:cik@menara.ma

PATENTE N°:25740530 CNSS N°:7176268

F A C T U R E

ICE: 00162008500004

N° : 537 / 2022 du 20/05/2022

Numéro dossier : 2E200910

Médecin traitant : DR. ZIDOUH

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BOUCETTA SAIDA	Payant	20/05/22	20/05/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
BLOC OPERATOIRE		1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
PHARMACIE		1,00	1 000,85	1 000,85
			Sous/Total	1 000,85
Total clinique				1 200,85

DR. ZIDOUH (medecin)	GRATUIT	1,00		0,00
DR. CHEDDADI ABDELMAL (anesth/reanimate)	AREK	1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
Total autres prestations				300,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	1 500,85
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES		

CLINIQUE IBN KHALDOUN
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél : 06 37 77 67 67
Fax : 06 37 77 17 24

NOTE D'HONORAIRES

Le : 20/05/2022

Références :

Le Docteur **CHEDDADI ABDELMALEK**

Prie **Mme BOUCETTA SAIDA**

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués, et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour :

DR. CHEDDADI ABDELMALE

qui s'élève à la somme de : **300,00 Dhs**

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme :
(TROIS CENTS DIRHAMS)

Payée par :

Chèque N° :

Espèces

Signé :

Docteur Abdelmalek CHEDDADI
Anesthésiste-Réanimateur
Clinique Ibn Khaldoun
TNP : 051040772

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BOUCETTA SAIDA

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BETADINE BLEUE 125 ML SOLUTIO (01)	2,00	15,60	31,20
BETADINE MOUSSE 500 ml SOLUTIO (01)	1,00	11,50	11,50
LIDOCAINE 1 % INJECTA (01)	1,00	9,80	9,80
MIDAZOLAM 5mg/5ml INJECTA (10)(1)	1,00	7,87	7,87
PARACETAMOL 10MG INJECTA (10)(1)	1,00	15,00	15,00
SERUM SALE 9%500ML INJECTA (01)	1,00	13,10	13,10
Sous-Total pharmacie			88,47
BANDE DE VELPEAU 5CM (001)	1,00	10,00	10,00
BANDELLETTE DIABCONTRO (025)(1)	1,00	3,90	3,90
BAVETTE /50 (050)(1)	1,00	0,08	0,08
BLOUSE PATIENT (001)	1,00	10,00	10,00
CALOTS CHIRURGIEN (100)(1)	1,00	1,00	1,00
CHAMP A INCISER PM 10CM*2 (010)(1)	1,00	53,00	53,00
COMPRESSE 10X10 RX (080)(1)	2,00	5,65	11,30
ELECTRODE (050)(1)	3,00	1,87	5,61
GANT JETABLE (050)(1)	30,00	2,40	72,00
GANT STERILE 7 (001)	5,00	10,00	50,00
GANT STERILE 8 (001)	3,00	8,00	24,00
INTRANUL G20 ROSE (001)	1,00	10,00	10,00
INTRANUL G22 BLEU (001)	1,00	10,00	10,00
LAME DE BISTOURI 11 (100)(1)	1,00	0,01	0,01
LAME DE BISTOURI 23 (100)(1)	1,00	1,30	1,30
LANCETTE CLEVER-CHEK (050)(1)	1,00	0,80	0,80
O2 HEURE (001)	1,00	100,00	100,00
O2+ISO (004)	1,00	175,00	175,00
SERINGUE DE 20 A VIS (001)	3,00	4,00	12,00
SERINGUE DE 5 CC (001)	2,00	4,00	8,00
SURCHAUSSURES (100)(1)	2,00	1,12	2,24
TUBULURE AVEC ROBINET (001)	1,00	18,00	18,00
URGODERM 5mx18c (005)(1)	1,00	10,14	10,14
VICRYL RAPIDE 3/0 T 24 MM (001)	2,00	162,00	324,00
Sous-Total parapharmacie			912,38
Total pharmacie			1 000,85

CLINIQUE BEN KHALDOUN
 32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
 Tél : 05 37 77 67 67
 Fax : 05 37 77 17 24