

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Angie 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-483964

184 678

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7852 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAYAN DHIBI MOHAMED

Date de naissance : 06.10.68

Adresse : HAY SALAM LOT SHERMS RUE 3, N° 26 CASABLANCA

Tél. : 06 63 70 80 88 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid OULAHYANE  
Professeur en Chirurgie Pédiatrique  
Urologie-Viscéral-Traumatologie  
Clinique les Ambassadeurs  
Tél : 06 61 22 47 67  
INPE: 101222024

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : Hayan DHIBI MOHAMED

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

Nature de la maladie : Cirrhose

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 : Casablanca Le : 24/11/2023

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                                                                                       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21/10/22        | Denture           | 1200,00               |                                 | Dr. Rachid OULALIA<br>Professeur en charge pédiatrique<br>Urologie-Visceral<br>Clinique les Ambassadeurs<br>Tél : 06 61 22 47 67<br>INPE : 101085075 |
|                 | M. J. J. J.       | 300,00                |                                 | Pr. IABRANI Khalil<br>Anesthésiste<br>Clinique les Ambassadeurs<br>Tél : 06 61 22 47 67<br>INPE : 101085075                                          |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                         | Date     | Montant de la facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DES FACULTES<br>Dr. Lamiae BENNANI<br>Sofa Al Jadida, 204 et 205, Mezzanine<br>St. Meamora, Rés. Al Jamila, N° 2<br>Tél: 05 37 82 75 82<br>102076650 | 22/10/23 | 42,80                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

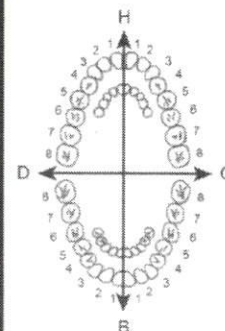
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

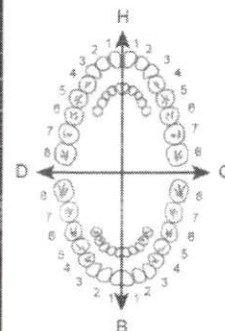
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        | G        |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | B        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 les Ambassadeurs

Clinique Multidisciplinaire

٠٥٦٠٠٤٦ | ٤٤٠٤٠٤١



مصحة السفراء

مصحة متعددة الاختصاصات

٠٥٦٠٠٤٦ | ٤٤٠٤٠٤١

## Ordonnance

Rabat le

26/02/23

Dr. Hajarani  
Dr. Brik

Pr. Rachid OULAHYANE  
Professeur en Chirurgie pédiatrique  
Urologie - Viscéral - Traumatologie  
Clinique les Ambassadeurs  
Tél : 06 61 22 47 67  
INPE: 101222024

12.80

- Deprene. 300mg  
1 Suppax 4g. X3

30.00

- Eobine. 800g

42.80

PHARMACIE DES FACULTES  
Dr. Lamiae BENHANK  
Sala Al Jadida, 204 et 205, Msaine  
Al Maamora, Rés. Al Jamila, N°7  
Tél: 05 37 75 49 93

Pr. Rachid OULAHYANE  
Professeur en Chirurgie pédiatrique  
Urologie - Viscéral - Traumatologie  
Clinique les Ambassadeurs  
Tél : 06 61 22 47 67  
INPE: 101222024

Lot. N° 3, Lotissement Al Houda Souissi - Rabat - Tél.: 05 37 75 49 93 - 05 37 75 56 55

Fax : 05 37 75 35 55 - GSM : 06 61 99 15 99 - E-mail : accueil@clinique-les-ambassadeurs.ma

C.N.S.S : 4255007 - Identification Fiscale : 15183681 - Patente : 25950303 - ICE : 001602765000052



Rabat Le : 02/10/2023

NOM DU PATIENT : HAYANI DHIBI TAHA

DIAGNOSTIC : CIRCONCISION

### COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Décalotage du prépuce
- Section du prépuce
- Hémostase

Pr. Rachid OUIAHYANE  
Praticien en Chirurgie Pédiatrique  
Urologue - Pédiatre - Pédiatre  
Clinique les Ambassadeurs  
Tél : 06 61 22 47 67  
INPE: 101222024

# CLINIQUE LES AMBASSADEURS

MEDICO-CHIRURGICALE-  
LOT.N°3, AL HOUDA SOUISSI  
RABAT

## F A C T U R E

N° 7 575 / 2023 du 02/10/2023

|                 |                   |                      |                      |
|-----------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient     | HAYANI DHIBI TAHA | Entrée<br>02/10/2023 | Sortie<br>02/10/2023 |
| Prise en charge | PAYANTS           |                      |                      |

### CIRCONCISION

|                                          | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant  |
|------------------------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS EXTERNES                     |        |            |               |          |
| DR. JABRANI KHALIL (reanimateur)         | 1.00   |            | 300.00        | 300.00   |
| PR. OULAHYANE RACHID (chirgien pediater) | 1.00   |            | 1 200.00      | 1 200.00 |
|                                          |        |            | Sous-Total    | 1 500.00 |
| FRAIS CLINIQUE                           | 1.00   |            | 300.00        | 300.00   |
|                                          |        |            | Sous-Total    | 300.00   |
| Total prestations externes               |        |            |               | 1 800.00 |

|                                                                         |                        |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                                         | Total général 1 800.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>MILLE HUIT CENTS DIRHAMS |                        |
|                                                                         |                        |

|               |          |  |  |  |                |       |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces  |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|               | 1 800.00 |  |  |  | 1 800.00       | 0.00  |

**Clinique Les Ambassadeurs**  
Clinique Multidisciplinaire  
Lot. N°3, Al Houda, Souissi - Rabat  
Tél: 0537755655 - 0537755955 - 0537755955  
Fax: 0537755655 - 0537755955 - 0537755955

**CLINIQUE LES AMBASSADEURS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 02/10/2023

Références 7 575 / PAYANT

Entrée / Sortie : 02/10/2023 - 02/10/2023

Le Dr. JABRANI KHALIL

présente à HAYANI DHIBI TAHA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
300.00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

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

Pr. JABRANI Khalil  
Régénéral Anesthésiste  
Clinique Les Ambassadeurs  
INPE: 101099075

Cachet et signature

**CLINIQUE LES AMBASSADEURS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 02/10/2023

Références 7 575 / PAYANT

Entrée / Sortie : 02/10/2023 - 02/10/2023

Le Pr. OULAHYANE RACHID

présente à HAYANI DHIBI TAHA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 200.00 Dhs MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

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

Pr. Rachid OULAHYANE  
Professeur en Chirurgie Pédiatrique  
Urologie-Viscère-Traumatologie  
Clinique Les Ambassadeurs  
Tél : 05 61 42 47 67  
INPE: 101222024

Cachet et signature

CLINIQUE LES AMBASSADEURS  
MEDICO-CHIRURGICALE-  
LOT.N°3, AL HOUDA SOUISSI  
RABAT

## Reçu de caisse

N° : 2310020914001120 / 1 / 0

| Numéro admission   | Nom du patient    | Date encaissement |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| 231002090932K.-001 | HAYANI DHIBI TAHA | 02/10/2023        |

| Mode paiement            | Références du paiement | Montant Dhs |
|--------------------------|------------------------|-------------|
| Espèce                   |                        | 1 800,00    |
| PAYANT                   | Total payé             | 1 800,00    |
| MILLE HUIT CENTS DIRHAMS |                        |             |

Reçu établi par : KARIMA

**Clinique Les Ambassadeurs**  
Clinique Multidisciplinaire  
Lot. N°3, Lotissement Al Houda, Souissi-Rabat  
Tél.: 05 37 75 56 55 - Fax : 05 37 75 53 55  
GSM : 06 61 99 96 99 - 06 61 99 53 99