

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0033990

☐ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7843 Société : 198597  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AGHDAIF BAHJA  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 01 / 03 / 2024  
Nom et prénom du malade : AGHDAIF BAHJA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Infection de veine  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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) :

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [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 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](http://www.mupras.com)

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/03/24        | Voir facture      | 1200, dhs             |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

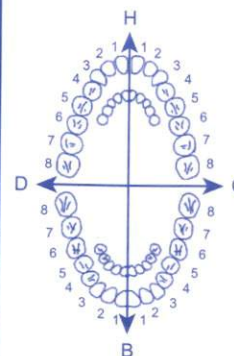
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**ORDONNANCE**

Casablanca le 01/03/2024

Compte rendu de perfusion

Mme ABDOU Bahija ; âgée de 46 ans

admise pour injection de venofer

(2 ampoules) sous surveillance ambulatoire

Patiente déclarée sortante après

6 heures

Dr. A. MAGRAMME  
Anesthésiste réanimateur  
INPE: 061313276



# CLINIQUE BISMILLAH



060065042

**FACTURE N° 202401694**

CASABLANCA Le : 08-03-2024

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>Identification</b>                               |                           |
| N° Dossier : 24C01142056                            | N°Identifiant : 013090/24 |
| Nom & Prénom : Mme AGHDAIF BAHIIJA                  |                           |
| C.I.N. : M319681                                    |                           |
| Adresse : COOP ACHARAF 8 APPT 3 ETG 2 AIN CHOK CASA |                           |

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Organisme : PAYANT MUPRAS</b> |
| <b>Période d'hospitalisation</b> |
| Date Entrée : 01-03-2024         |
| Date Sortie : 01-03-2024         |

|                         |
|-------------------------|
| <b>Médecin traitant</b> |
| DR. MAGRAMANE ABDELLAH  |

|                   |
|-------------------|
| <b>Traitement</b> |
| HOSPITALISATION   |

| Prestations  | Observation | Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Total                         |
|--|-------------|-----|---------|------|------|-------------------------------|
| <b>PHARMACIE INTERNE</b>   |             |     |         |      |      |                               |
| PHARMACIE  |             | 1   | 132,86  |      |      | 132,86                        |
| <b>Sous Total</b>  |             |     |         |      |      | 132,86                        |
| <b>SEJOUR</b>  |             |     |         |      |      |                               |
| SEJOUR AMBULATOIRE   |             | 1   | 300,00  |      |      | 300,00                        |
| <b>Sous Total</b>  |             |     |         |      |      | 432,86                        |
| <b>PRESTATIONS</b>   |             |     |         |      |      |                               |
| VENOFER  |             | 1   | 667,14  |      |      | 667,14                        |
| <b>Sous Total</b>  |             |     |         |      |      | 1 100,00                      |
| <b>HONORAIRES MEDECIN</b>  |             |     |         |      |      |                               |
| DR. MAGRAMANE ABDELLAH   |             | 1   | 200,00  |      |      | 200,00                        |
| <b>Sous Total</b>  |             |     |         |      |      | 1 300,00                      |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>MILLE TROIS CENTS DIRHAMS</b> |             |     |         |      |      | <b>TOTAL GENERAL 1 300,00</b> |

CLINIQUE BISMILLAH  
 Lotissement Hamza lot 21  
 Boulevard Mohamed VI AIN CHOCK  
 Casablanca  
 Tél : 05 22 55 55 55  
 Email : clinique.bismillah@gmail.com  
 DUPLICATA

# CLINIQUE BISMILLAH

Séjour : Du 01/03/2024 au 01/03/2024

Patient : Mme AGHDAIF BAHJA

N° Dossier : 24C01142056

Organisme : PAYANT MUPRAS

| Désignation             | Prix Unit | Quantité | Prix TTC  |
|-------------------------|-----------|----------|-----------|
| ENCIFER 5ML             | 35,70 Dh  | 2        | 71,40 Dh  |
| GANT PROPRE             | 0,54 Dh   | 2        | 1,08 Dh   |
| INTRANULE 20G ROSE      | 3,96 Dh   | 1        | 3,96 Dh   |
| METHYLPREDNISOLONE 40MG | 14,00 Dh  | 2        | 28,00 Dh  |
| PERFUSEUR AVEC ROBINET  | 9,00 Dh   | 1        | 9,00 Dh   |
| PHARMAFIX 10 CM*10M     | 5,40 Dh   | 1        | 5,40 Dh   |
| SERUM SALE 0.9% 500ML   | 13,20 Dh  | 1        | 13,20 Dh  |
| TARAXET 25MG            | 0,82 Dh   | 1        | 0,82 Dh   |
|                         |           |          | 132,86 Dh |

CLINIQUE BISMILLAH  
Boulevard  
Mouvement National  
2011, Algérie  
Email : [clbismillah@gmail.com](mailto:clbismillah@gmail.com)  
Téléphone : 021 23 45 67 89  
Fax : 021 23 45 67 89  
Site Web : [www.clbismillah.com](http://www.clbismillah.com)  
DUPLICATE

# CLINIQUE BISMILLAH

## NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 01-03-2024

Date de sortie: 01/03/2024 16h00

DR. MAGRAMANE Abdellah

PATIENT :

Mme AGHDAIF BAHIIJA

HONORAIRES :

200,00 Dh  
(DEUX CENTS DIRHAMS )

Dr. A. MAGRAMANE  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE: 061313276

CLINIQUE BISMILLAH  
Hassan Hamza lot 21 boulevard  
d'Algérie 05 22 08 23 23  
Email: cli.bismillah@gmail.com  
Boulevard  
DUPPLICATE

## CLINIQUE BISMILLAH

### BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 24C01142056

NOM DU PATIENT Mme AGHDAIF BAHJA

MÉDECIN TRAITANT MAGRAMANE ABDELLAH

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 01/03/2024

DATE DE SORTIE 01/03/2024

CLINIQUE BISMILLAH  
Lotissement Hamza lot 21 boulevard  
Mohamed V. 05 22 54 24 24  
Email : clinique.bismillah@gmail.com  
DUPLICATE