

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
- 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 46 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-468560

152806

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 112881 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUM BENCHEKROUN GITIZLANE

Date de naissance : 21.03.76

Adresse :

Tél. : 0661734478 Total des frais engagés : 709.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03-03-2023

Nom et prénom du malade : Hanwa almezil Age : 16ans

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

Nature de la maladie : une draine

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 : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

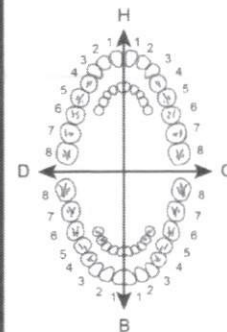
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
03-03-2023		Signature N° 32669/23	79900	INP Secrétaire Assistant Et A Pediatre J31237678

[illegible]

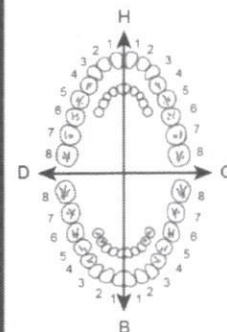
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

* 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	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 03.03.23



2300649404 / H0123004351

Prénom : MARWA

Nom : GHAZIL

DDN : 01/03/2007 E: 03/03/2023

Service : URGENCES (NA)


PAYANT
Sexe: F

1) Ventoline spray.

3 bouffées x 4/j 7 jours

2) Colipred 20 mg cp

3 cp/j 5 jours

3) Seflu 250 µg spray

2 bouffées x 2/j 3 mois

4) Enbus cp

1 cp/j 1 mois


Professeur ASSIS
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
HANI NADIA


وصفة طبية

Ordonnance

03-03-2023

Casablanca, le :



2300649404 / H0123004351

Prénom : MARWA

Nom : CHAZIL

DDN : 01/03/2007 E: 03/03/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

Nébulisation ventoline



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant ECH-CHARI NADIA
Pédiatrie
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
contact@hck.ma
www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 32 669 / 2023 du 04/03/2023

Nom patient : **GHAZIL MARWA**

Entrée 03/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
NEBULISATION AVEC OXYGENE, OXYGENE EN SUS	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	700,00
Total Frais Clinique				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SEPT CENTS DIRHAMS	Total 700,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			700,00		700,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 mail : contact@fchm.hok.ma

Reçu de caisse

N° : 2303032344129420 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300649404	GHAZIL MARWA	03/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	016039	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAR.KHA

Hopital Cheikh Khalifa
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 7
mail : contact@hch.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2303040027059420 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300649404	GHAZIL MARWA	04/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	016040	400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MARKHA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
e-mail : contact@hkh.ma
Casablanca



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
S.O.U.S. - F.O.R.M.A.T.I.O.N. - R.E.S.E.R.C.H.E

03/03/23

23.14.26

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

Visa

20

419645*****9663

12/24 CARTE NATIONALE

12 0-0000-0-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE 08173186

Num Transaction 000011

Num Autorisation 079766

Num STAN 016039

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

DUPLICATA

Copie client

**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
BOULEVARD EL BASTAKI
BOULEVARD

03/03/23

23 58 53

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

Visa

20

419645*****9663

12/24 CARTE NATIONALE

221-0-0-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173186

Num Transaction : 000012

Num Autorisation : 083508

Num STAN : 016040

MONTANT : 400,00 MAD

DEBIT
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**