

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-488227

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12722 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DARMAL Youness

Date de naissance : 01-03-1990

Adresse : Lot EL FATH 2 NR 20 Sidi MAAROUF ASA

Tél. : 0618632740 Total des frais engagés : 562,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31-12-2019

Nom et prénom du malade : DARMAL SHAMS Age : 19 mois

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

Nature de la maladie : Bm cli clilo

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 / 01 / 2020

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
31/12/19		5000		INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/19	107,20
	31/12/19	79,10
		76,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

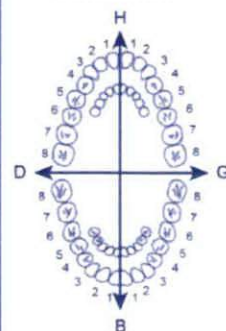
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

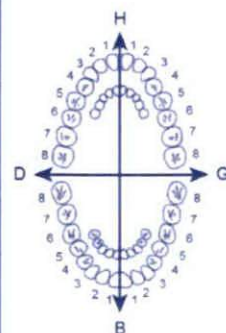
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
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

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



وصفة طبية Ordonnance

Casat



1900161981 / H0119008695

Prénom : Shams

Nom : DARMAL

DDN : 25/03/2018 E: 31/12/2019

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

PHARMACIE TILILA
Voie d'Amenagement H.H. 47 N° H
Hay Laymor - Hay Hassani
Tel: 022 93 86 64 - Fax: 022 93 87 15

PHARMACIE AVENUE NACIRI
Dr. MESTASSI Nadia
253, Ave. de Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassani (Oufa) Casablanca
Tel: 05 72 60 75 45

PHARMACIE
30 Bis Route de l'ANCA
CASABLANCA
Tel: 0522 78 62 05

79.50

1) A p i x o l

1 c a c x 31



33.20

2) c e l e s t e



(38.00 x 2) 76.00

38.00 x

3) z o u s s a



1 d m d e 31



4) 17.00 s y m p h e s t o l

19.00

1 m g x 11; 6 m i p b

1) N u r e d u p



107.20

76.00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tel : +342 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

MA PHARMACIE
30 Bis Route de l'ANCA
CASABLANCA
Tel: 0522 78 62 05

Dr. Bouchra BOUMAHMOUD
Medecin Pédiatre

LOT: 074
PER: MAI 2021
PPV: 33 DH 20

Céléstène®
0,05 %

solution buvable en gouttes



Lire la notice avant utilisation

TENIR HORS DE LA PORTÉE
ET DE LA VUE DES ENFANTS

LOT 1457 PER 02/21
PPV 38DH00
38,00

PPV : 38 DH 00

LOT H2158 PER 10/20

38,00

PPV 38DH00

LOT H2364 PER 11/20

17,00



Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

190560
10/2022

19,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 160 632 / 2019 du 31/12/2019

Nom patient : DARMAL SHAMS

Entrée 31/12/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/12/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54
 N° INP 090061862 N° ICE 001740003000026
 Email: info@hckm.hkma.ma
 N° INP 090061862