

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 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° P19- 0042995

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1564 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ETIANOLITI MOHAMED

Date de naissance : 21-04-1956

Adresse : 16, RUE EL OUKHANA NE CASABLANCA

Tél. : 0661285110

Total des frais engagés : 490 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/02/2022

Nom et prénom du malade : ETIANOLITI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : pneumopathie Covid 19

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 : 10/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

[illegible][illegible][illegible][illegible]

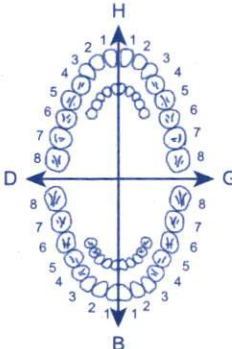
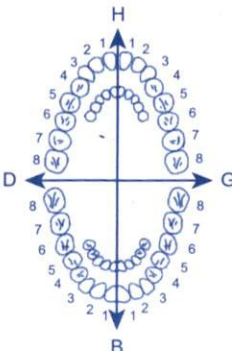
[REDACTED]

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.

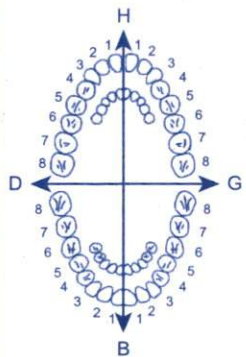
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

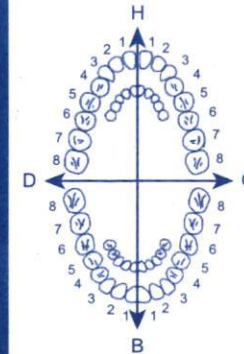
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

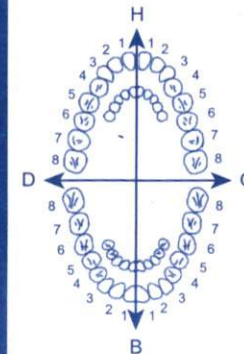


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table> B	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000				
	00000000 35533411	00000000 11433553				
	(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
--	---

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2200535494 / H0122020557

Prénom : MOHAMED

Nom : ETTANOUTI

DDN : 21/04/1954 E: 25/07/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

TEST Ag Covid 19

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@hckm-hck.ma
05 29 03 53 45

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr KAMAL SABRINE
URGENTISTE



Casablanca le : 25 / 07 / 2022

ATTESTATION DE DEPISTAGE SARS Covid-19

Pour valoir ce que de droit,

Date et heure de prélèvement : 25/07/2022

IPP : 2200535494

Nom : ETTANOUTI

Prénom : MOHAMED

Date de naissance : 21/04/1954

CIN : B184694

Test de dépistage rapide antigénique SARS Cov2 : **POSITIF**

Ce test est un dépistage. Le test de diagnostic de référence est la RT-PCR.

Signature et cachet

Signé :



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 92262 / 2022 du 25/07/2022

Nom patient	ETTANOUTI MOHAMED	Entrée	25/07/2022
	PAYANTS	Sortie	25/07/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TEST ANTIGENIQUE RAPIDE COVID	1,00	B	190,00	190,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	490,00
Total Clinique				490,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	490,00
QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS		


 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: contact@hckm-hck.mr



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25 / 7 / 22

Quittance - Paiement espèces

0691526

IPP :

N° D'admission : Montant : 490 DH

Patient : ET TAN O U T I Mohamed

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm-hick.ma
N° 051262

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 92 262 / 2022 du 25/07/2022

Nom patient : ETTANOUTI MOHAMED

Entrée 25/07/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 25/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
TEST ANTIGENIQUE RAPIDE COVID	1,00	B	190,00	190,00
			Sous-Total	490,00
Total Frais Clinique				490,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	490,00
QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	490,00				490,00	0,00

Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54
 Email : contact@hckm-hckm.ma
 05 29 03 53 45