

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 canalaire, 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 canalaire.

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
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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

Maie planning
Adhérent infirmier

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014185

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6444 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MANZAH RACHID Date de naissance : 13/12/65
Adresse : LES CHALET DE DOUSKOURA V7 DOUSKOURA CASABLANCA
Tél. : 0611226340 Total des frais engagés : 14400 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. DAHBI-SKALI
Professeur en Dermatologie

Date de consultation : 29/05/2019
Nom et prénom du malade : MANZAH Rachid Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dermatoase chronique
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 : 29/05/2019

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
19/5/2019			3+	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

29/5/19 125 francs de prothèse 1440,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

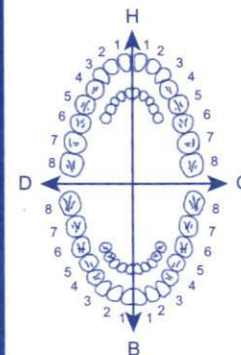
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

29/05/2019

Dr. P. DAHBI-SKALI
Professeur en Dermatologie

M. Rachid

12 séances de
puvathérapie

Dr. H. DAHBI-SKALI
Professeur en Dermatologie



LE 31/05/2019

CERTIFICAT MEDICAL

Mr **MANZAH RACHID**; est suivi en dermatologie à l'hôpital **CHEIKH KHALIFA** à Casablanca, nécessitant un traitement par spécialisé avec une surveillance médicale stricte et ceci pour une durée de 12 séances du 29/05/2019 au 26/06/2019, renouvelable selon l'évolution de la dermatose.

Certificat délivrée pour servir et valoir à qui de droit.

Pr DAHBI SKALI HAYAT
Dr. H. DAHBI-SKALI
Professeur en Dermatologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 68 704 / 2019 du 29/05/2019

Nom patient : **MANZAH RACHID**

Entrée 29/05/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/05/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- PUVA thérapie corps entier ou extrémité	12,00		120,00	1 440,00
			Sous-Total	1 440,00
Total Frais Clinique				1 440,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE QUATRE CENT QUARANTE DIRHAMS	Total 1 440,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			1 440,00		1 440,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 54 77
E-mail: contact@hckm.nck.ma
N°INP 090051362



مركز المعاملات

29/05/19 11:40:57
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
MANZAH RACHID
xxxxxxxxxxxx0082
04/21 CARTE NATIONALE
3109E186D94C7FA0
201-0-9999-1-55

MONTANT: 1440,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 597664
STAN : 000587

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 190529124147GH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900069329	MANZAH RACHID	29/05/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000587	1 440,00
	Total payé	1 440,00

Reçu établi par :GHLSEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061862