

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

N° W19-440057

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HOUACHOU Zineb
 Date de naissance : 31/03/84
 Adresse : Residence Ambar - Casablanca
 Tél. : 0661194727 Total des frais engagés : 601,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/08/19
 Nom et prénom du malade : AIDANI Yasmine Age : 3 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles du pied gauche
 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 : 05/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

26/8/19	U		330,22d4	<p>INP : [Signature]</p> <p>Dr. Dini Moura</p> <p>Professeur de Radiologie</p> <p>Directrice de spécialité</p> <p>101109254</p>
---------	---	--	----------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

<p>PHARMACIE DES SCIENCES</p> <p>Centre de Diagnostic</p> <p>SASABLANCA</p> <p>Tel : 022 99 48 12</p>	26/8/19	71,00
---	---------	-------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

[Signature]			
-------------	--	--	--

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				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.

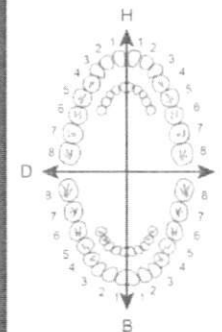
Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

INP : [Signature]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

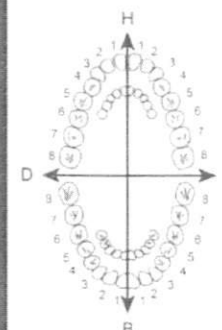
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



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



UNIVERSITAIRE
TIONAL CHEIKH KHALIFA
FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance



1900104483 / H0119031242

Prénom : Yasmine

Nom : AIDANI

DDN : 15/04/2016 E: 26/08/2019

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

3.50

Bonjour (Oumaima)

SV SP

45.00

Alcool 60%

SV SP

Proctolifen

SV

1 dose (15)

X 4/1 C
4/1 C

T = 71.00

Hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Dr. DINKI MOUTHA
Professeur de pédiatrie
Directrice de spécialité

PHARMACIE DES SCIENCES
Centre Commercial Laimoun II
CASABLANCA
Tél : 022 99 48 14

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

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



Coller Etiquette



1900104483 / H0119031242

Prénom : Yasmine

Nom : AIDANI

DDN : 15/04/2016 E: 26/08/2019

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Traumatisme

• RADIO STANDARD :

la cheville droite et gauche pour
la cheville droite et gauche pour

☒ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeuse de pédiatrie
Directrice de spécialité

Signature et caché du médecin des
urgences

[Signature]

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
101109

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 103 716 / 2019 du 26/08/2019

Nom patient : AIDANI YASMINE

Entrée 26/08/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/08/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Supplément pour reprographie ou duplicata	1,00		50,00	50,00
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
- Radiographie du pied sous une incidence	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	530,00
Total Frais Clinique				530,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENT TRENTE DIRHAMS	Total 530,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						530,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 E-mail : contact@rickm-hick.ama
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54



Casablanca , le 26/08/2019

PATIENT : AIDANI Yasmine

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Pied F**

Résultats:

- Minéralisation osseuse normale.
- Articulations tarsiennes, métatarsiennes et inter phalangiennes de morphologie normale.
- Absence de lésion osseuse d'allure traumatique évidente.
- Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **DR berrada sophia**