

# 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

M22- 0051489

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3535

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SALIH AHMED

Date de naissance : 11/04/17

Adresse : Casablanca

Tél. : 06 66 81 27 17

Total des frais engagés : 874,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOU ABGILAR Khamza Age: 60

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

Nature de la maladie : Reumatismes

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 21 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
20/03/2024			816,30	
21/03/2024		46876		
		124		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/2024	59.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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.

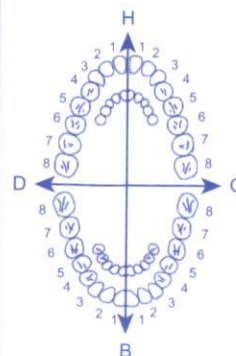
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		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



2400852011 / H0119001548

Prénom : KHADIJA EP SALIH

Nom : BEN AMGHAR

DDN : 10/03/1964 E: 20/03/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe : F

Casablanca, le :

- Aulcer 20mg

1 gel x 2h ptt 7 jrm



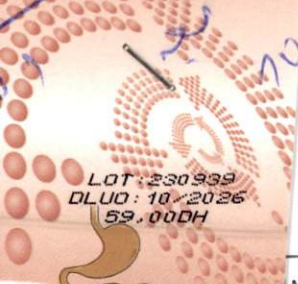
Probiotic :

**obioti**

Saccharomyces boulardii

Poudre Orosoluble

1 gel 1/2 ptt 10 jrm









HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 21/03/2014

Quittance - Paiement espèces 0867016

IPP : .....

N° D'admission : 2402352011 Montant : 11,30 MA

Patient : Ben Amghar Khadija

Payé par : Elben

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 21/03/2011

Quittance - Paiement espèces 0867017

IPP : .....

N° D'admission : 2400762011 Montant : 804 NA

Patient : Ben Amghar Khadija

Payé par : .....

Cachet

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 46776 / 2024 du 21/03/2024

Nom patient	BEN AMGHAR KHADIJA EP SALIH	Entrée	20/03/2024
	PAYANTS	Sortie	21/03/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0420	504,00	504,00
			Sous-Total	804,00
PHARMACIE	1,00		11,30	11,30
			Sous-Total	11,30
Total Clinique				815,30

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	815,30
HUIT CENT QUINZE DIRHAMS TRENTE CENTIMES		

05 29 03 53 45  
 05 22 89 28 54  
 090061862  
 001740003000026

# DÉCOMPTE PHARMACIE

2400852011

Nom patient : BEN AMGHAR KHADIJA EP SALI Date sortie : 21/03/2024

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1	3,77	3,77
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,44	1,44
FLACON POUR URINE ECBU 60ML	1	2,34	2,34
INTRANULE G 20	1	1,61	1,61
SERINGUE 10ML	2	0,94	1,88
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,26	0,26
Sous-Total consommable médical			11,30
Total pharmacie			11,30

  
 Opérateur : BEN AMGHAR KHADIJA EP SALI  
 Tél : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@fcm.hkama  
 N° 111 80 000 1962

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
20/03/2024	2400852011	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Transaminases SGOT/ASAT	1	1,20	60,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Transaminases SGPT/ALAT.	1	1,20	60,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
Total						504,00

  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Tél: 05 42 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: khalifa@hopital-ckibz.com



## CASABLANCA

Nom du patient : **BEN AMGHAR KHADIJA EP SALIE**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **NOUSSAIR MUSTAPHA**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée 20/03/2024

Date sortie **21/03/2024** **01:27**

Le caissier

## L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : MOH.RHO 21/03/2024 00:37

2400852011