

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Biologie 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.

Prothèse 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
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° P19-0034647

MUPRAS
RECEP
Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2736

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Veuve Retraité RAM

Nom & Prénom : EL HOUSSE

MALIKA Veuve Benzini

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

1434,56

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/2020

Nom et prénom du malade :

EL HOUSSE Malika

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Arterio Sclérose

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

Signature

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
06/03/2020		3	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/03/20	1134

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

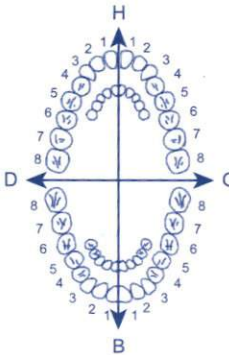
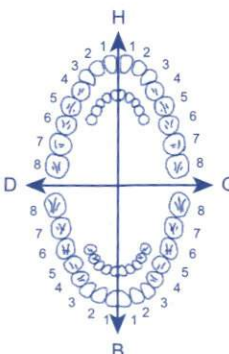
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 (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

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليف
علاج تكوين

(01HOSL: Add)

(01HOSL: Add)

(01HOSL: Add)

(01HOSL: Add)

(01HOSL: Add)

Casablanca, le vendredi 6 mars 2020

PPV: 143DH60
PER: 10/22
LOT: 12106-22

Ordonnance médicale

PATIENT : EL HOUSSE Malika

TRAITEMENT :

1-VITANEVRIL FORT COMPRIMÉ DRAGÉIFIÉ BOÎTE DE 30 par VOIE ORALE

1 comprimé à 08h, 1 comprimé à 14h, 1 comprimé à 22h pendant 1

2-EPYCA 75 mg, Gélule Boîte de 56 par VOIE ORALE

1 gélule Matin, 1 gélule Soir, pendant 90 jour(s)

3-DOLICOX 60 MG, CPR par VOIE ORALE

1 comprimé Coucher pendant 15 jour(s)

Après repas

4-CODOLIPRANE 400 MG / 20 MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOITE DE 16 par VOIE ORALE

2 comprimé(s) à 08h, 2 comprimé(s) à 14h, 2 comprimé(s) à 22h pendant 30 jour(s)

5-COLTRAX COMPRIMÉ 4 MG 12 par VOIE ORALE

1 comprimé à 08h, 1 comprimé à 14h, 1 comprimé à 22h pendant 30 jour(s)

6-PRAZOL 20 MG Gélule (28) par VOIE ORALE

1 comprimé Coucher pendant 28 jour(s)

PPV: 96DH00
PER: 03/22
LOT: 12915-2

Cachet et

Prof. Assistant RGHI

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 31 980 / 2020 du 06/03/2020

Nom patient : EL HOUSSE MALIKA

Entrée 06/03/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 06/03/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurochirurgie	1,00		300,00	300,00
			Scous-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

[Signature]
 hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm.hck.ma
 N°INP 090051862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 06/03/22

Quittance - Paiement espèces

047C001

IPP :

N° D'admission : Montant : 300

Patient : E. NOUSSE MAITA

