

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise 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.

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

mⁿ 28520

Déclaration de Maladie : N° P19-0005061

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALI FAROUK Date de naissance : 1936

Adresse : Residence EL HAMD - FARAH SELEM CAS

Tél. 0644 28 24 98 Total des frais engagés : 491,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2020

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BAHIA Age :

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

Nature de la maladie : CS

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) :
Signature : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0005061

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 491,40

Date de dépôt :

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
23/04/20	Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid		3000 DA	Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Dr BENJELLOUN Mohamed Fayçal OPHTALMOLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

27/04/20

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

AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

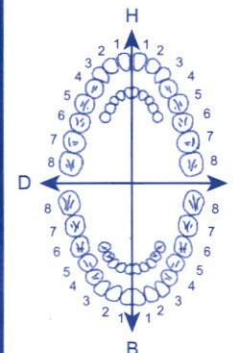
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

Coefficient DES TRAVAUX

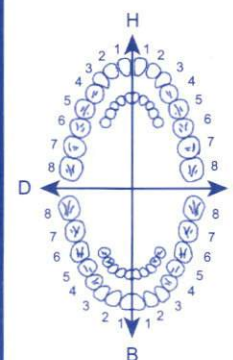
MONTANTS DES SOINS

(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'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

23/04/2022

Tel.: 0522 25 00 74/0522 99 39 86
141, Bd. Yacoub El Mahsour
PHARMACIE NARJIS

Dr. Selim Al-Aou.

RIMA PHARMA
PVC : 60,00

RIMA PHARMA
PVC 60,00

60,00 x 2
120,00
1) Oxyd cell.



35,00 x 4
140,00
2) Tobradex cell



140,00 x 3
420,00
3) Atopis 0,5% cell

420,00

141, Bd. Yacoub El Mahsour
PHARMACIE NARJIS
Tel.: 0522 25 00 74/0522 99 39 86



Hôpital Cheikh Khalifa
DR BENTJELLOUN Moh
OPHTALMOLOGIE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2004231204084830 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000204611	EL ALAOUI BAHJA	23/04/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	10199	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 42 404 / 2020 du 23/04/2020

Nom patient : EL ALAOUI BAHIIJA

Entrée 23/04/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/04/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Signature
 Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 05 29 00 44 77
 contact@fckm.hck.ma
 090061862

• Centre
Monétique
Interbancaire

23/04/20 11:54:25

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7

Casablanca

A0000000032010

APP : VISA ELECTRON

SKALI/FAROUK.MR

xxxxxxxxxxxx8295

12/20 CARTE NATIONALE

60543EC3BFB92FE8

626-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 0S6040

STAN : 010199

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT