

## 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 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° W21-728707

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

30625

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

FARH EL HAJ Chassane

Date de naissance :

31/01/79

Adresse :

Cala

Tél. :

06 12 23 56 2

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur LAFHAI KAJAA  
11/11/2022

Date de consultation :

25/08/2022

Nom et prénom du malade :

FARIO Basma

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Syphilis

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 :

Cala

Le : 25/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
25/08/22	voir facture		331,60	INP : Docteur LAFHAL RAJA Organiste
	N° : 108-049			
	22			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
25/08/22	24,70	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 108 049 / 2022 du 25/08/22

Nom patient : **FARID BASMA**

Entrée 25/08/22

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/08/22

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		31,60	31,60
			Sous-Total	31,60
Total Frais Clinique				331,60

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT TRENTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES

Total 331,60

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	331,60				331,60	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 77  
 E-mail: contact@hkh.zaid.net

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/08/2022

18:29

Nom Patient : FARID BASMA Numéro dossier : 2200551232

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
25/08/2022	INTRANULE G 20	1353310	1,00	1,43	1,43
25/08/2022	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1353310	1,00	5,86	5,86
25/08/2022	SERINGUE 5ML	1353310	1,00	1,01	1,01
25/08/2022	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1353310	1,00	1,21	1,21
25/08/2022	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1353310	1,00	0,17	0,17
25/08/2022	CHLORURE DE SO 0,9%Po100 Injecta (01)	1353310	1,00	14,05	14,05
25/08/2022	MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10)(1)	1353310	1,00	7,87	7,87
Total pharmacie					31,60

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 33 45  
Fax: 05 29 00 94 77  
e-mail: contact@hkhz.gov.qa



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2200551232 / H0122024263

Prénom : BASMA

Nom : FARO

21/12/1984 E 25/08/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur LAFHAL RAJAA



091171298

1) Extramag

1 cpl/j pelt 01 mois

24.70

2) Tanaxel 25

1/2 cpl/j le soir pelt 15 jrs



PHARMACIE LAIMOUN SARL AU  
466, Lot. Allaymoune Lissasfa  
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94  
RC: 381781 - TP: 36293297 - IF: 482186  
00185023500069

24.70

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur LAFHAL RAJAA  
Urgentiste



091171298