

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

M22- 0036044

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société : 14591e

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouzairi Lahoucine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Lot Sidi Abdelrahmane Rue 2906

Tél. : 0633529200 Total des frais engagés : 763,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Assistant DAHER BOUCHRA Pneumologie 092258632

Date de consultation : 10/01/2023

Nom et prénom du malade : Agirdou Najat Age : 52

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

Nature de la maladie : Bronchite chronique

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 : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Montant et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10.01.23			390	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

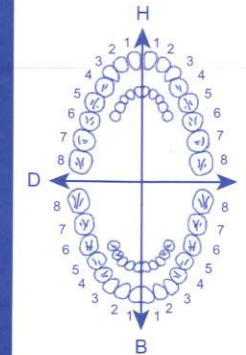
Coefficient

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	

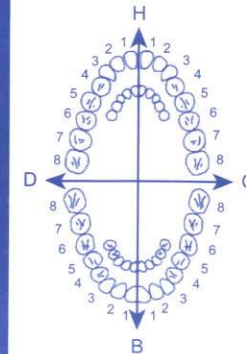
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 230110144706SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300621729	AFRIDOU NAJAT	10/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	016508	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SALMAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hck.ma
N°IMP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 10/01/2023
Numéro : 4 993



090061862

Nom patient : AFRIDOU NAJAT

Médecin : PR. DAHER BOUCHRA
Pneumologie

2300621729

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
N° INP: 090061862
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@khk.hk.ma



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 10/01/2023

PPV: 222,00 DH
LOT: 650133
PER: 07/24

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant Dr. Bouchra
Pneumologie

091258632



1) Amoxicillin 1g

79,00

2) Amoxicillin 1g

PPC: 79,00 DH

89,50

3) Amoxicillin spray

73,40

2025/08
PPC: 89,50 DH

463,90

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

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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant Dr. Bouchra
Pneumologie

091258632

PPV
LOT
PER 73,40

s) Doliprane mit c. 1g

1 Sp315 si fiere

صيدية المتابعة
Pharmacie AL MOTAHIDA
31 Rue 31 Lot Sidi Abderrahmane
Casablanca

Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant DAHER Bouchra
Pneumologie

061206832



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
RUE EL ANASSER EL ACHCHER
BOULEVARD EL KHAYMA EL NOUVELE

10/01/23

14:21:37

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000041010

Mastercard

Mastercard

252525*****7135

04/26 CARTE NATIONALE

220-0-0-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173637

Num Transaction : 000009

Num Autorisation : 244590

Num STAN : 016508

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74