

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.

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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-795621

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13225 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AFAKI Hala
 Date de naissance : 04/02/1995
 Adresse :
 Tél. : 0648118240 Total des frais engagés : 240,00 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 06/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 Mé attestant le Paiement des A
06/04/23			150,00	INF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Courmisseur

Date

Montant de la Facture

06-04-23

90,00

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

AM

PC

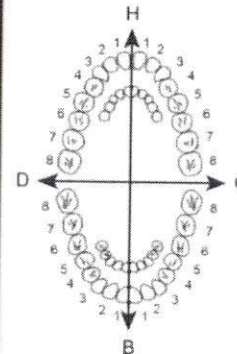
IM

IV

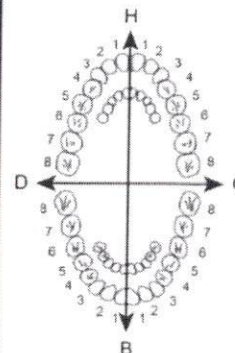
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

06104/2023

M. EL Affak Halim

21.00

21- Febrex

1523 / 7



14.00

21 Doliprane 1000

55.00 up 1 / 7

31- Paronylone

up 3 / 7

90.00



PHARMED LOT : 2699
UT.AV : 03-26
PPV : 21DH00

PPV:14DH00
PER:02/26
LOT:M554



PHARMACIE AVENUE N
Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassani (Oulfa) - Casablanca
RC: 390249

55.00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA**
SOINS FORMATION RECHERCHE

F A C T U R EN° **49 946 / 2023** du **06/04/2023**Nom patient : **EL AFFAKI HALA**Entrée **06/04/2023**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **06/04/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Frais Clinique				150,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 150,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			150,00		150,00	0,00

**Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa**

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca, Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868
www.hck.ma

CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Reçu de caisse

N° : 2304061236284270 / 2 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300666688	EL AFFAKI HALA	06/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14731	150,00
PAYANT	Total payé	150,00
CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : SAR.SLA

