

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058633

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4725

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURKIA Abdelouahed

Date de naissance : 13/11/1958

Adresse : Rue HADJOUNIA N° 8 LAAYOUNE

Tél : 0666061235 Total des frais engagés : 461,43 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/04/2023

Nom et prénom du malade : BENBACHRA EZZOUHA Age : 60ans

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 22/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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 - 5ème 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

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
22/04/2023	voir facture n° 56786/2023		355,43	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/23	106,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

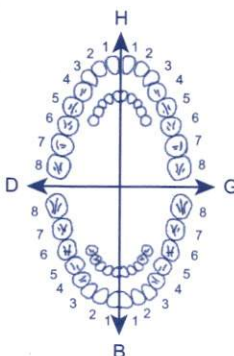
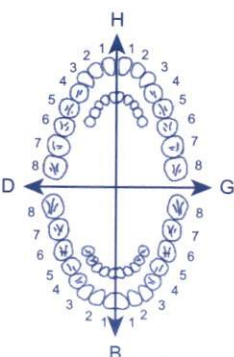
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 22/04/2023

M^{me} BENBACHRA EL ZOHR

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 12/2025
LOT 2N015 4

U.O. 00

1 - EFFIPRED® 20 mg

10, Bd. Oued Sebou Ferraria 1
Oulfa : Casablanca
Tél : 020.90.40.50

le matin après petit-déjeuner
pendant 5 j

25 mg

24/20
taraxet 217

3 - Ixor 20 mg

IXOR® 20 mg 7 comprimés effervescents

PPV 41DH30
EXP 12/2024
LOT 20019 6

20190V

PHARMACIE EL KANTAR
10, Bd. Oued Sebou Ferraria 1
Oulfa : Casablanca
Tél : 020.90.40.50

Dr. N. BOUNOUAS
Médecin Spécialiste
en Médecine d'Urgences
NPE : 101121424



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 22/04/2023

Quittance - Paiement espèces

0769415

IPP :

N° D'admission : Montant : 355,43

Patient : Ben Brahim - El - Zoum

Payé par :

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 786 / 2023 du 22/04/23

Nom patient : BENBACHRA EZ ZOHRA

Entrée 22/04/23

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/04/23

	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		55,43	55,43
			Sous-Total	55,43
Total Frais Clinique				355,43

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS QUARANTE-TROIS CENTIMES	Total 355,43

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	355,43				355,43	0,00

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

22/04/2023
14:21Nom Patient : **BENBACHRA EZ ZOHRA**Numéro dossier : **2300673601**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
21/04/2023	METHYLPREDNISOLONE 120mg INJECTA (20)(1)	1504803	1,00	35,00	35,00
21/04/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1504803	1,00	13,10	13,10
21/04/2023	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1504803	1,00	2,44	2,44
21/04/2023	INTRANULE G 20	1504803	1,00	1,95	1,95
21/04/2023	SERINGUE 10ML	1504803	1,00	1,56	1,56
21/04/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1504803	1,00	0,18	0,18
21/04/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1504803	1,00	1,20	1,20
Total pharmacie					55,43

Tel: 05 29 00 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
contact@hcm-hp.com
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid