

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-005835

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05444

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAMDOUN AbdePhadi

Date de naissance :

06/10/1962

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0677884082

Total des frais engagés : 469,90# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/06/2023

Nom et prénom du malade :

Hamdoun Nawal

Age : 18

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : dysménorrhée

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

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
22/06/23	voir facture	25.88889	469.90	Professeur ADNANE FATIMA

# 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

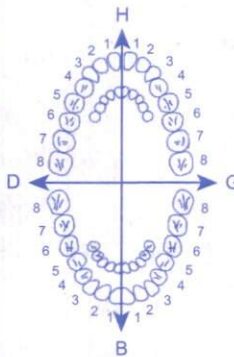
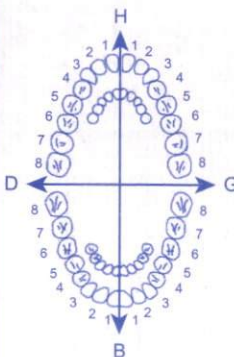
Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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
			
			

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Debut d'Execution

Fin d'Execution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 22/06/2023...

Quittance - Paiement espèces 0784011

IPP : .....

N° D'admission : 2300706419 Montant : 300,00

Patient : HAMDOUN KAWAL

Payé par : Elle Mère.

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ichkh-icd.ma  
2023

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 88 881 / 2023 du 23/06/23

Nom patient : **HAMDOUN NAWAL**

Entrée 22/06/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/06/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		169,90	169,90
			Sous-Total	169,90
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>469,90</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES	<b>Total 469,90</b>

	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00	169,90	469,90	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
Email: hkh@hkh.ae  
www.hkh.ae



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>HAMDOUN NAWAL</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>ADNANE FATIMA</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>22/06/23</b>	
Date sortie	<b>23/06/23</b>	<b>00:37</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : HIC.ELAS    23/06/23    01:40    2300706419		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 40 77  
E-mail : [contact@hchz.ma](mailto:contact@hchz.ma)

# **ANNEXE PHARMACIE**

<b>Nom patient : HAMDOUN NAWAL</b>	<b>N° Facture 88 881</b>	<b>2300706419</b>
------------------------------------	--------------------------	-------------------

<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitair</b>	<b>Montant</b>
GLUCOSE 5% Po 500 Injecta (01)	1	12,50	12,50
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1	11,86	11,86
TRIAXON 1g/10ml Injecta (01)	2	66,80	133,60
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>157,96</b>
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,20	1,20
INTRANULE G 20	1	1,95	1,95
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	6,73	6,73
SERINGUE 10ML	2	0,94	1,88
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,18	0,18
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>11,94</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>169,90</b>

020 85 29 03 55  
 Fax : 05 25 00 62 7  
 E-mail : contact@idm-nkara  
 www.idm-nkara.com

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN-ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2306230139197510. / 1 / 784 011

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300706419	HAMDOUN NAWAL	23/06/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	20929	169,90
PAYANT	Total payé	169,90
CENT SOIXANTE-NEUF DIRH		

Reçu établi par : HIC.ELAS



مركز النقديات

SANS CONTACT



23/06/23

00:34:40

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx1599

CARTE NATIONALE

9BOEEA8FD3583868

201-0-9999-1-44

MONTANT: 169,90 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 872450

STAN : 020929

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT