

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

M23-000992

73304
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2854 Société : RA N.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENTAHILA FARID.
Date de naissance : 04/06/1947
Adresse : RESIDENCE NADIA BOU BRAMIN ROUDANI
FENJALE N.
Tél. : 0614 636292 Total des frais engagés : 1185,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 30/08/2023
Nom et prénom du malade : BENTAHILA FARID Age : 76.
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 30/08/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
30/08/2023	SS		30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/08/2023	885,60

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	

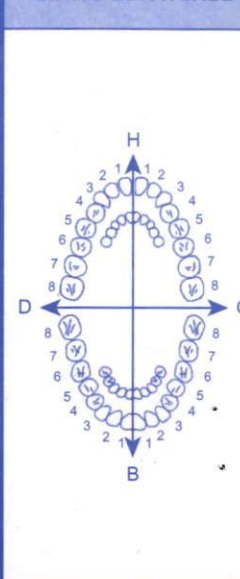
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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

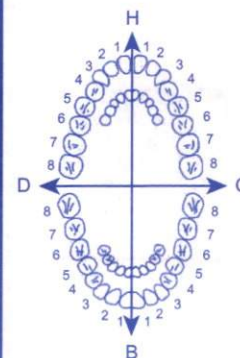
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	00000000	21433552
D	00000000	G
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
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

3/8/23

BEN TATILA Sami

147,60 x 6

Adrenaline

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Rouhani
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46

supplémentaire

Mr Sami

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. agrégé ABDELJALIL HEDDAT
Urologie



PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ation prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ion prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ation prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ion prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ion prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ion prolongée

T = 885,60

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 120294 / 2023 du 30/08/2023

Nom patient	BEN TAHILA FARID	Entrée	30/08/2023
	PAYANTS	Sortie	30/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

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

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
INSEE 120 294 1862
Tél: 0529035345 / 0529004477

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230830102720SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300738056	BEN TAHILA FARID	30/08/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3531 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SAIRA



مركز النقديات

SANS CONTACT



30/08/23

09:19:33

9900397978

93979701

HOP CHEIKH KHALIFA G8

Casablanca

A00000000031010

APP : Visa

496688xxxxxx0574

CARTE NATIONALE

6A3A1099B67F45EE

200-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 000993

STAN : 003531

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE COMMERCANT