

## 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** : 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

N° W21-809461

181587

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4946

Société : Royal Air MUPRAS

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Bouguetour Abderrahim

Date de naissance : 14/05/60

Adresse : 2, Im 4 rue CHABAB Zone D Ain Sidi Le 9

Tél. : 06 61 63 63 72

Total des frais engagés : 1040 DH.

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/2023

Nom et prénom du malade : CHARGI Khedja

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme de la main gauche

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A.A-215/2019

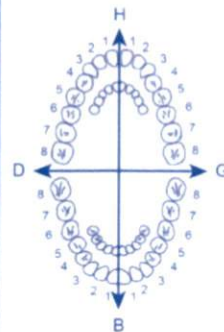
| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires                                |
|                                |                   |                       | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|                                |                   |                       | INP : <input type="text"/>                                     |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien  | Date       | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE HOND-POINT</b><br><b>CASABLANCA</b> Sarl Au<br><b>Mme BERRADA SAADIA</b><br>210-212 Av. Moulay Mohammed<br>Baamani Ahal 3, Sidi Bernoussi<br>Casablanca - Tél: 0522 73 15 16 | 15/10/2023 | 121000                |

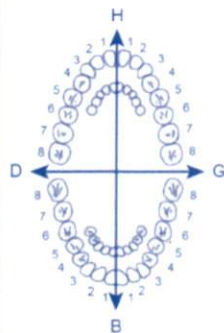
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES  |          |                                 |                           |
|---|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                            | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | 26/10/93 | RX<br>Pied } F<br>b             | 506 D14                   |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

\* 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 |
|   | 35533411 | 11433553 |
|   | B        |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le 26/10/19

M - GHARGI Bladya

PHARMACIE DU BOND-POINT  
CASABLANCA Sarl.Au  
Mme BERRADA SAADIA  
210-212 Av Moulay Mohammed  
Baamrani Amal 3, Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél: 0522 73 15 16

1 - B-profeid

1 sp. 1 sp.

2 - Ce dol

14000  
3 -

1 sp. 1 sp.

Nebo po - ob  
mily

279, Bd. Chefchaoui Ain Sebaa - Casablanca  
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44  
E-mail : direction@hpc.ma  
Site web : www.hpc.ma

Conserver à une température  
Ne pas Laisser à portée  
Pour les indications

PPV: 140,00 Dhs

0 6/2 658188



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le 16/10/23

KHADIJA GHARBI

Rx pied

F x P

SERVICE RADIOLOGIE  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
AIN SEBA

INF : 000000000  
279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa

Dr. CHOUBK Moncef  
Anesthésie-Réanimation

16/10/2023

PATIENT : **Gharqi Khadija**

PRESCRIPTEUR: **ANESTHESISTE REANIMATEUR**

### **PIED FACE + PROFIL**

#### **RESULTATS :**

Absence de solution de continuité  
Absence de lésion lytique ou condensante notable  
Respect des interlignes articulaires  
Absence d'anomalie des parties molles

**Merci de votre confiance.**

SERVICE RADIOLOGIE  
HOPITAL PRIVÉ DE CASABLANCA  
AIN SEBAA  
INPE : 00063272  
279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 16-10-2023

Facture N° 32870/23

## A. Identification

N° Dossier : HPC23J16192649

N° Identifiant : 114807/23

Nom & Prénom : Mme GHARQI KHADIJA

C.I.N : BJ22232

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-10-2023

Date Sortie : 16-10-2023

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

| Qté  | Prestations        | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total                       |
|--|--------------------|-------------|---------|------|------|-----------------------------|
| <b>PRESTATIONS</b>                           |                    |             |         |      |      |                             |
| 1  | CONSULTATION       |             | 400,00  |      |      | 400,00                      |
| Total Rubrique :                             |                    |             |         |      |      | <b>400,00</b>               |
| <b>RADIOLOGIE</b>                            |                    |             |         |      |      |                             |
| 1  | PIED FACE + PROFIL |             | 500,00  |      |      | 500,00                      |
| Total Rubrique :                             |                    |             |         |      |      | <b>500,00</b>               |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>                     |                    |             |         |      |      | <b>900,00</b>               |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> |                    |             |         |      |      | <b>0,00</b>                 |
| Arrêté la présente facture à la somme de :   |                    |             |         |      |      | <b>TOTAL GENERAL 900,00</b> |

NEUF CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

279, Bd Chefchaoui Ain Sebaa  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
SERVICE RECEPTION ET ADMISSION

SERVICE RADIOLOGIE  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
279, Bd Chefchaoui Ain Sebaa  
090063272