

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 canalaire, 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 canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

W21-842315

2021/05

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1609 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELMIR SALAH

Date de naissance : 01.07.1953

Adresse : LOTISSEMENT AL NOUSTACHAL N°55

SIDJ MAJOUK CASABLANCA

Tél. : 0664232860 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.02.2024

Nom et prénom du malade : Haghès Malika Age : 66ans

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

Nature de la maladie : Dorsal lombalgie

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 : 17.04.2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



| 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                                                                     |
| 22/04/64                       | \$                | 300                   | 1M                              | <p>Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa</p> <p>Dr. EL FATIMI ABDELLATIF</p> <p>Médecine Physique et Réadaptation</p> |

[illegible][illegible][illegible]

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nature des<br>Soins       | Coefficient | Montant des<br>Honoraires | Coefficient<br>DES TRAVAUX                                                                                                                                           |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           | <input type="text"/><br>MONTANTS*<br>DES SOINS<br><input type="text"/><br>DEBUT<br>D'EXECUTION<br><input type="text"/><br>FIN<br>D'EXECUTION<br><input type="text"/> |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |             |                           | Coefficient<br>DES TRAVAUX                                                                                                                                           |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>                                            |                           |             |                           | H                                                                                                                                                                    |                           | G                                                      |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | <input type="text"/><br>MONTANTS<br>DES SOINS<br><input type="text"/><br>DATE DU<br>DEVIS<br><input type="text"/><br>DATE DE<br>L'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|                               | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           | G           |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 21433552                  |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00000000                  |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00000000                  |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11433553                  |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des<br/>Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |                           |             |                           | (Création, remont, adjonction)                                                                                                                                       | Montant des<br>Honoraires | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | (Création, remont, adjonction)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Montant des<br>Honoraires |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |             |                           |                                                                                                                                                                      |                           |                                                        |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 29 003 / 2024 du 20/02/2024

Nom patient : **MAGHSI MALIKA**

Entrée 20/02/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/02/2024

|                                   | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES              |        |            |               |         |
| CONSULTATION DE MEDECINE PHYSIQUE | 1,00   |            | 300,00        | 300,00  |
|                                   |        |            | Sous-Total    | 300,00  |
| Total Frais Clinique              |        |            |               | 300,00  |

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

|               |         |  |  |  |                |       |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|               | 300,00  |  |  |  | 300,00         | 0,00  |

Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Service Rééducation  
N° INP : 090061862