

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

N° P19- 064335

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4558

Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HAMMI ELHOSSINE

Date de naissance : 11.11.1962

Adresse : ASA LOT SMARA ELBOUGA CHA

Tél. : 06.65.61.69.02

Total des frais engagés : 803,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMMI ELHOSSINE

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : suagan

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) :

*[Signature]*

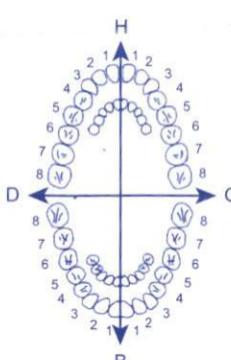
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/21	473,40

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	02/03/2011	/	/	02	/	#30 dh

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div>		<input type="text"/>
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/>		DATE DU DEVIS
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

2.3.24

Mr. Hammi El Housseine

37,70 x2 Depomedrol 80  
1 A c IM / sen  
2 fois

169,00 x2 Dolico x 90  
14 /

30,00 x2 Delham  
15 x 2 /

30,00  
PPV: 300DH00  
PER: 11/23  
LOT: J3101

PER: 11/23  
LOT: J3101

30,00

PPV: 169DH00  
PER: 12/23  
LOT: J3306-12

PPV: 169DH00  
PER: 12/23  
LOT: J3306-12

EL3138  
02/2025  
P.P.V: 37DH70

DW2085  
01/2025  
P.P.V: 37DH70

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 21030209540328501 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100311881	HAMMI EL HOUSSINE	02/03/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14586	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMAJAF





مركز النقديات

02/03/21

09:55:25

9900898067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12  
Casablanca

A00000000032010

APP : VISA

EL HOUSSINE HAMMI

xxxxxxxxxxxxx2748

04/23 CARTE NATIONALE

27BEF887D437AD5F

621-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 320614

STAN : 014586

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 22 694 / 2021 du 02/03/2021

Nom patient : **HAMMI EL HOUSSINE**

Entrée 02/03/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/03/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurochirurgie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total 300,00</b>

Encaissements					<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
						<b>300,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 E-mail: contact@hckm.hckm.ae  
 N° INP 090061862