

## 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.

### Educational :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037404

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Oufa Groupe "N" Rue 133 ab 47 Casa

Tél. : 06-79-6607 Total des frais engagés : 931,80 dh + 300 dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr Said BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique

Date de consultation : 04/05/2021

Nom et prénom du malade : Nassi Rahal Age :

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

Nature de la maladie : Anémie Hématologie

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 : Casa Le : 04/05/21

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr Said BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique



# 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
07/06/21	S		3000R	
28/5/21	C			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/6/21	931,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

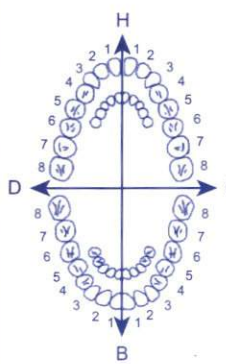
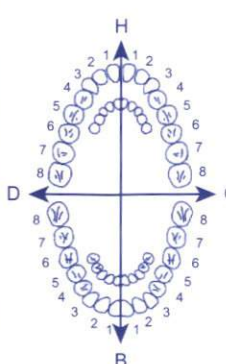
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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





وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïc  
Pr Saïd BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique  
091013508

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïc  
Pr Saïd BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique  
091013508

$\eta =$  NASSI Rachid

69.50 x 7



1 - cure AML

3 cp/j 5 jours

PHARMACIE WILAYA MOULOONA  
Docteur en Pharmacie  
ZEKRI Abdelati  
220-222-224 Bd Oued Bouhass  
Casablanca - Tél: 091013508  
NCE: 000031220000071

puis 2 cp/5

21.80 x 5

2 - Anxiz 100



68.90 x 3

1 S/j

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïc  
Pr Saïd BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique  
091013508

3 - Fluoxet 1 cp/j

43.20 x 3

4 - Zyloric 300 12 cp/j



T.T. = 931.80

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïc  
Pr Saïd BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique



PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

LOT : 20E011F  
PER : 05 2022  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80



LOT : 20E011F  
PER : 05 2022  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80



LOT : 20E011F  
PER : 05 2022  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80



LOT : 20E012  
PER : 07 2022  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80



LOT : 20E012  
PER : 07 2022  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80



68,90

68,90

68,90

43,20

43,20

43,20



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **66 346 / 2021** du **07/06/2021**

Nom patient : **NASSI RAHAL**

Entrée **07/06/2021**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **07/06/2021**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION HEMATOLOGIE	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

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

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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
 Casablanca Cancer Center  
 N° INP : 090061862



Date : 07/06/2021

Quittance - Paiement espèces

0576653

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 3000

Patient : Nassir Zahar

Cachet