

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-652926

92895

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6444 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MANZAH RACHID
 Date de naissance : 13/12/65
 Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 BOUSKOURA
 CASABLANCA
 Tél. : 0661 22 63 40 Total des frais engagés : 36900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 22 NOV. 2021
 Date de consultation : 29/09/2021
 Nom et prénom du malade : MANZAH RACHID Age : 55 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Kyste Epididymaire
 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 : 29/09/2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/05/2018	Examen Khalifa	1	C.T	INF : 0111185142
30/05/2018	Examen Khalifa	1	C.T	
31/05/2018	Examen Khalifa	1	C.T	

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/09/23					20,00
	01/10/23					20,00
	04/10/23					20,00

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	INF :											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS										
					DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
				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											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/20/2021

M^r MAN ZAH Rachid

changement de pansement



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 118 513 / 2021 du 04/10/2021

Nom patient : **MANZAH RACHID**

Entrée 04/10/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/10/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Changement de pansement	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			120,00		120,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 77
 E-mail: contact@hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N°: 2110041423404840 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100405005	MANZAH RACHID	04/10/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3746	120,00
PAYANT	Total payé	120,00
CENT VINGT DIRHAMS		

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@ickm.hck.ma
05 29 00 61 86 2

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

01/10/2022

Mr MAZZAH Rachid

Changement
de passeport



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 117514 / 2021 du 01/10/2021

Nom patient	MANZAH RACHID	Entrée	01/10/2021
	PAYANTS	Sortie	01/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Changement de pansement	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	120,00
CENT VINGT DIRHAMS		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 64 24
 E-mail : contact@ckm.hopital.org
 N° de tél : 006545

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2110011110554840: / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100404055	MANZAH RACHID	01/10/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3723	120,00
PAYANT	Total payé	120,00
CENT VINGT DIRHAMS		

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 39 03 53 45
Fax : 05 39 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N° d'agr. 000061867

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/03/2021

M. MANZAM Rachid

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass F. OMRI GHASSANE
Urologie
011185147

changement de pansement

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass F. OMRI GHASSANE
Urologie
011185147

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 116294 / 2021 du 29/09/2021

Nom patient	MANZAH RACHID	Entrée	29/09/2021
	PAYANTS	Sortie	29/09/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Changement de pansement	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 210929112318RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100402875	MANZAH RACHID	29/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3692	120,00
	Total payé	120,00

Reçu établi par : RADWAN

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862