

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-694972

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : 106910

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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

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- 0043667

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFI Khalid

Date de naissance : 08.09.57

Adresse : 28 AZ ASSIL MOHAMMEDIA

Tél. : 0668407177

Total des frais engagés : 300.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/2022

Nom et prénom du malade : Chafi Khalid

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CPD

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 : 31/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043667

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2291

Nom de l'adhérent(e) : CHAFI

Total des frais engagés : 300.00

Date de dépôt : 08/03/22

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
31-01-88	C.P.A.		300,00	

Dr Abderrahim RCH
Anesthésiste Réanimateur
NPE : 097 87682

[illegible][illegible][illegible]

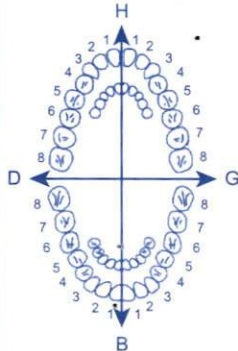
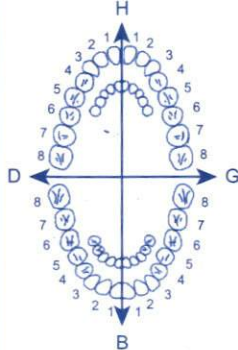
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																		
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div> </td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td></td><td colspan="3"></td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX								(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													DATE DU DEVIS													DATE DE L'EXECUTION								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																
		(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

Le praticien est prié de préciser la ~~gent~~ 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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Yassin SAYERH
Chirurgien Urologue
- Andrologue -
Fixe : 05 21 21 00 06
05 23 31 79 63



الدكتور ياسن الطايغ
أخصائي في أمراض وجراحة الكلي
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية
عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية
Membre de L'American Urological
Association
Urgences : 06 64 21 43 99

Ordonnance

13 JAN 2022

M. Mohamed Refi

A Mohammédia le :

Diagnostic, Hémorragie
drôle

Indicateur, Que de Hémie
ingrès K80 +
plaque Hémie ingrès

Dr Yassin SAYERH
CHIR-URG EN UROLOGUE

INP : 091241984
Mohammédia - Tél. : 05 21 21 00 06



Dr Yassin SAYERH
Chirurgien Urologue
- Andrologue -

Fixe : 05 21 21 00 06
05 23 31 79 63



الدكتور ياسن الطايغ
أخصائي في أمراض وجراحة الكلي
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية
عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية
Membre de L'American Urological
Association
Urgences : 06 64 21 43 99

Ordonnance

M. Kh. Lot Chafi

A Mohammedia le :

13 JAN 2022

CPA Are du Herier
- gale droite
avec plaque

Dr Yassin SAYERH
CHIRURGIEN UROLOGUE
أخصائي أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية
N° 091241984
Mohammedia - Tél. : 05 21 21 00 06



HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 31-01-2022

Facture N° 02676/22

A. Identification

N° Dossier : HPC22A31132435

N° Identifiant : 063709/22

Nom & Prénom : M. CHAFI KHALID

C.I.N : B55851

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 31-01-2022

Date Sortie : 31-01-2022

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CPA+ECG		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

SERVICE RECEPTION ET ADMISSION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBAA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni Ain Sebba



Centre
Monétique
Interbancaire

31/01/22 13:45:23

930034E-3H

93489321

HOSPITAL PAQUE CASA AS
Casablanca

ACC00000031010

11. 5. 2011

MR EL KHALFI FATHI-2

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

10/23 CARTE NATIONALE

63075A427B9AE3E2

EC1-0-339-1-44

MONTANA: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : C10

NUM AUTHORIZATION: 514461

SIEN : 009863

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : EL KHALFI
FATIHA
NOM DU PATIENT : M. CHAFI KHALID
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1980
HPC22A31132435**



Reçu N°: 88778

Paiement du 31/01/2022 13h34

Actes	
Montant	300,00 Dh
Numéro de compte	419645*****9968
Nom de propriétaire	EL KHALFI FATIHA
Type de paiement	TPE

GE

MAC600 1.02

ID :

31-jan-2022 15:16:35

 α VR V_1

V4

V2

aVL

V5

aVF

V3

V6

0.16-20Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

75 bpm

 $4 \times 2,5s$

0

ID :

Mr Chafi Khalid

Rythme sinusal normal
ECG normal

Fréq. ventr. 75 bpm
Durée QRS 100 ms
QT/QTc 378/422 ms
Intervalle PR 194 ms
Durée P 116 ms
Intervalle RR' 800 ms
Axes P-R-T 55 29 43

M. CHAFI KHALID
Né le : 01/01/1960



HPC22B09085134