

## 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 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

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

110923

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0011560**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6896 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUKIN MUSTAPHA Date de naissance : 17.09.1974

Adresse : 27 LOTissement ELTY 10000 HESBLA

Tél : 062150223 Total des frais engagés : 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.09.2022

Nom et prénom du malade : Zahra Rahmani Age :

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

Nature de la maladie : Dyspraxie

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 : HESBLA Le : 27/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06/03/22        | CS                | 3                     | 30000                           |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

## 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

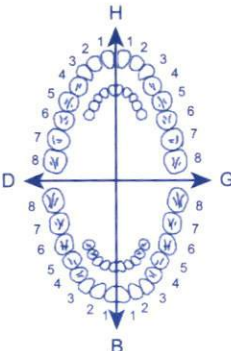
A M P C I M I V

## 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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|---|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|   |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|   |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|   |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|   |                   |                     |             |                            |
|   |                   |                     |             |                            |
|   |                   |                     |             |                            |
|   |                   |                     |             |                            |
|   |                   |                     |             |                            |
|   |                   |                     |             |                            |

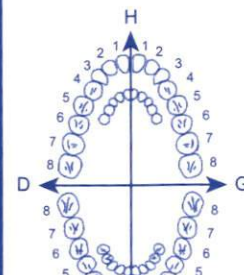
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 38225 / 2022 du 26/03/22

|             |               |        |          |
|-------------|---------------|--------|----------|
| Nom patient | RAHIOUI ZAHRA | Entrée | 26/03/22 |
|             | PAYANTS       | Sortie | 26/03/22 |

| Désignation des prestations                        | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|---------------|---------|
| - Consultation exclusive d'urgences hors déchocage | 1,00   |            | 300,00        | 300,00  |
|  |        |            | Sous-Total    | 300,00  |
| Total Clinique                                     |        |            |               | 300,00  |

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

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