

## 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.

### Remarque :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Diagnostic 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.

### Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Éducation :

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.

### Prothèse :

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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-715178

11 86 79

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12815 Société : RATI

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Kamelia Kellaj


Date de naissance : 06-12-1989

Adresse : Siège Casa Angle Royal Air Maroc

Tél. : 0662765224 Total des frais engagés : 910,47 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : femme et grossesse

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 : 13/06/22

Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
es des ctes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

INP :

[illegible]

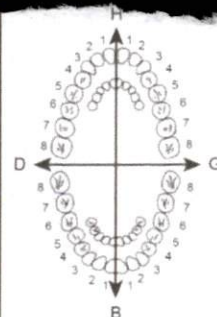
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Praticien et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

VOLET ADHERENT

---

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



1000

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

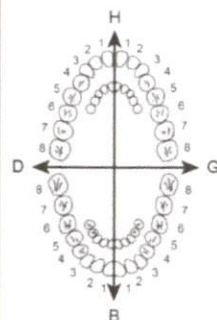
### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

10/10

11/11/2019



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Royaume du Maroc  
Hôpital Cheikh Zaïd  
Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

2:623\*966

IPP : 1 132 103 N° de dossier : U220007770

DI : 2 990 000

Patient : KABBAJ KAMELIA

Montant : 910,47 Dh (neuf cent dix et 47 / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 0357

Date d'encaissement : 31/05/2022

Description : URG

Medecin :

Motif :



Assurance

CLIENTS PAYANTS

**Paiement effectué à la URGENCE CAISSE**

**Cachet du caissier :**

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

**N° 1959663**

Abat, le :

31/05/22

*[Signature]*

*GAFB*

*LCC → 10,2*

*C 11 SA + 5,1*

*IN = 1,5*

*micromyoflogie et macle*

Dr. EL FAZAZI HICHAM  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
INPE : 101223153  
Hôpital Cheikh Zaïd



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2022/P/65711  
IPP : 1132103  
N ° DOSSIER : U220007770  
NOM & PRENOM : KABBAJ KAMELIA

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 31/05/2022  
DATE SORTIE : 31/05/2022  
DATE FACTURATION : 31/05/2022

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>			
CONSULTATION (EXT)	300,00	1,00	300,00
			<b>TOTAL ACTES : 300,0</b>
<b>LABORATOIRES</b>			
TEST ANTIGÉNIQUE	190,00	1,00	190,00
			<b>TOTAL LABORATOIRES : 190,0</b>
<b>IMAGERIE MÉDICALE</b>			
ECHO OBSTETRICALE	400,00	1,00	400,00
			<b>TOTAL IMAGERIE MÉDICALE : 400,0</b>
<b>PHARMACIE</b>			
PHARMACIE			20,47
			<b>TOTAL PHARMACIE : 20,4</b>

### Honoraires Medecins

#### Dr FAZAZI HICHAM

ECHO OBSTETRICALE	200,00	1,00	200,00
CONSULTATION SPECIALISTE (EXT)	200,00	1,00	200,00
			<b>TOTAL EL FAZAZI HICHAM : 400,0</b>
			<b>TOTAL Honoraires : 400,0</b>

### Détail Pharmacie

Description article	Prix u.	Quantite	Total
<b>DISPOSITIFS MEDICAUX</b>			
BLOUSE D'ISOLATION BLEU (001)	11,25	1,00	11,25
SURCHAUSSURE N TISSE BLEU PHARCO (001)	2,39	2,00	4,78
GANT D'EXAMEN POUDRE LATEX MEDIUM (100)	1,73	2,00	3,46
CALOT CHIRURGIEN BLEU 62 x 14 cm (100)	0,98	1,00	0,98
			<b>Sous-Total : 20,47</b>



**TOTAL Pharmacie : 20,47**

Arrêtée la présente facture à la somme de neuf cent dix et 47 / 100	Total général :	910,47
Total encaissement :	910,47	Solde 0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en M





N° DE FACTURE : 2022/P/65711 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1132103 DATE ENTREE : 31/05/2022  
N ° DOSSIER : U220007770 DATE SORTIE : 31/05/2022  
NOM & PRENOM : KABBAJ KAMELIA DATE FACTURATION : 31/05/2022

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>			
CONSULTATION SPECIALISTE (EXT)	300,00	1,00	300,00
TOTAL ACTES : 300,00			
<b>LABORATOIRES</b>			190,00
<b>IMAGERIE MÉDICALE</b>			400,00
<b>PHARMACIE</b>			20,47



Arrêtée la présente facture à la somme de  
neuf cent dix et 47 / 100

<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>910,47</b>
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	<b>910,47</b>
<b>SOLDE</b>	<b>0,00</b>

Les montants affichés sur cette facture sont en M

