

## 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

- 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° W21-761488

136061

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11111 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI HAMD

Date de naissance : 01-07-1954

Adresse : 178-Box 4 - Côté Commune Urbaine  
Hay Hassan, Casablanca

Tél. : 0661668992 Total des frais engagés : 1019,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**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 : A. A. H. M. R. E. V. E. R.

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 : Cas

Le : 20/10/2022

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
			300,00	12/11/2011

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14/12/2011 219,42

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

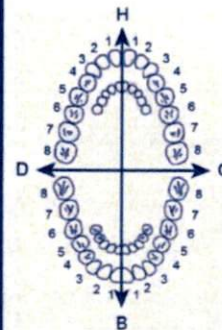
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

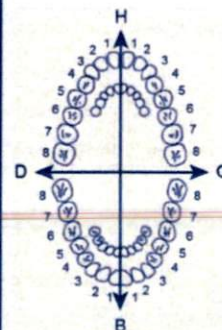
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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**

12/10/22

Casablanca, le :

M. *Mohamed* HAD

LOT: 219789  
EXP: 08/25  
PPV: 79DH70

- 79,70 ① *Abithrix 100, 14/3 - 3j*
- 36,40 ② *Kopud 200, 2cp/1, 3j*  
*ap 1 lentil dige*

LOT : 9693  
PER : 05-25  
P.P.V : 36 DH 40

PPV : 196,00 DH  
LOT : 21011  
EXP : 10/2024

- 196,00 ③ *Zepin 200, 1cp/1*
- 78,60 ④ *Lorazepam, 1cp/1*
- 119,10 ⑤ *Risperal, 2cp/1*
- 210,00 ⑥ *Amnast 200, 1cp/1*

PPV 78DH20  
PER 02/24  
LOT LB08

N° du Lot 21L497  
Date Per. 11.10.24  
P.P.V: 119,10 DH

AMM N°: 284/17DMP/21/NNP  
N° Lot: 2YU003  
Fab: 02/2022  
Per: 02/2024  
P.P.V. 210.00 MAD (Dhs)





HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 221012090915FZ / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200575037	MANSOURI HMAD	12/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	11094	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : FZAZER

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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 12/10/2022  
Numéro : 132 082



090061862

Nom patient : MANSOURI HMAD

Médecin : PR. HERRAG MOHAMMED  
Pneumologie

2200575037

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

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

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

12/10/22

08:47:24

HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA

432

401713\*\*\*\*\*1788

12/23 CARTE NATIONALE

221-0-0-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08173637
Num Transaction	000001
Num Autorisation	668368
Num STAN	011094

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT  
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74