

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° W21-780584

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13225 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AFFAKI Hala
 Date de naissance : 04/02/1995
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 332,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2023
 Nom et prénom du malade : EL AFFAKI Hala Age : 27
 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 : Casablanca Le : 07/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Règlement des Actes
02/07	CS		170 000	INP : 002293101246
2023	Cheikh Khalifa Ibn Za			

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
	02.10.123		182 000

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

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 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553 B	MONTANTS DES SOINS	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Casablanca, le 07/01/2023

Elaffaki Hake

55.00

1- Amoxil 1g



1cp 2 h po AGjr

30.00

2- Nurolo L 600mg



1cp x 3 / r

30.00

3- Deolozomp



PHARMACIE AVENUE NACIRI

250 - Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassani (Oulfa) - Casablanca
RG : 390249

4- Alholarme



1s - 3 / r

LOT 211439
EXP 03/2024
PPV 30.00 DH

30.00

PPV : 55.00 DH
LOT : 650494
PER : 07/24

PHARMACIE AVENUE NACIRI
250 - Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassani (Oulfa) - Casablanca
RG : 390249

04/22
PPV 67.00 DH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 3 440 / 2023 du 07/01/2023

Nom patient : **EL AFFAKI HALA**

Entrée 07/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Frais Clinique				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	150,00
CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements					Total encaissé	Solde
						150,00

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