

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 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

M22- 0042921

146480

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0406 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KABILY SADIA

Date de naissance : 01/01/1940

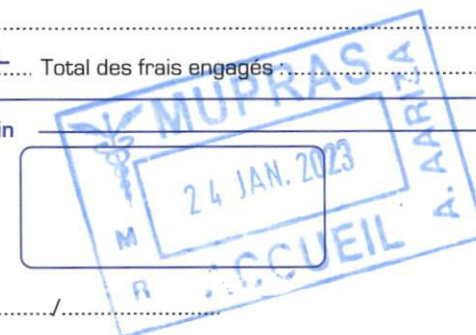
Adresse :

Tél. : 0697678607

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 : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de Médecin attestant le Paiement des Actes
20.12.22	OS		300	Dr. Nabil BENJELLOUN Hépatogastro - Entérologie Radiologie Médicale - Chirurgie N° ODF: 111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie PRINCIPALE DE BOU
sahau
Bloc U N° 1 Daroua
Tel: 05 22 53 20 83
002049176
NPE

20/12/2022

247.90

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

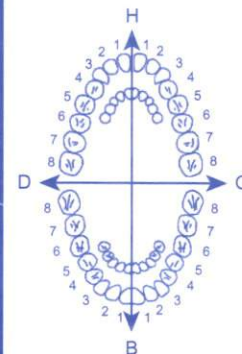
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

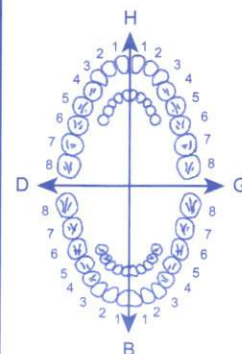
00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

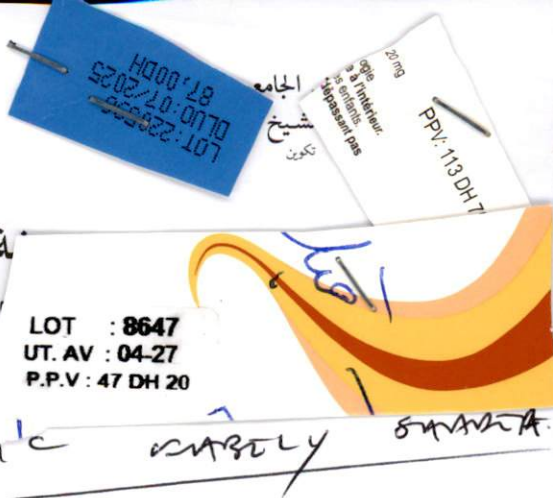
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE



Ordonnance
طبية

LOT : 8647
UT. AV : 04-27
P.P.V : 47 DH 20

Casablanca, le :

2/12/2022

Dr. Bensouly

1137

2/ Ranciphen

2 x 1/1



1/2 2
1/2 de petit déjeuner

4720

2/

Trimèdot

2 gel



- 3/1

8720

3/

Relan 3/200

2 gel 1/1



247-90

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sari au
Bloc U N° 1 Daroua

Tél : 05 22 53 20 83

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. N. BENJELLOUN
Hépatogastro - Entérologue
Proctologie Médico - Chirurgicale
INPE:11111802

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 20/12/2022
Numéro : 168 264



090061862

Nom patient : KABILY SAADIA

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL
Hépto-gastro-entéro

2200611106

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
N° INP 090061862
Email: info@hik.ma
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54

CASABLANCA

Nº: 221220170237SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200611106	KABILY SAADIA	20/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	015391	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SAL.MAH

Hospital Charge Tel: 09-687 0353-55
Fax: 09-687 0353-55 Email: Nwmp@nwmp.hk
Address: 2/F, 280 Nathan Road, Mong Kok, Kowloon, Hong Kong
Wing Zai Ip



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SANTÉ ÉCONOMIE DÉVELOPPEMENT

20/12/22

16:36 29

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A00000000031010

VISA

HILAL ABDEL FATTAH

439375*****9034

01/23 CARTE NATIONALE

201-0-0000-1-44

Num Commercant 2220064

Num TPE 08173637

Num Transaction 000018

Num Autorisation 101177

Num STAN 015391

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74