

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.



END (Extrait) - ATT ALLOC FAM
Déclaration de Maladie
N° P19- 057881

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUTAIEB FATIMA ZAKRA
Date de naissance : 04-01-1980
Adresse : 126 E ZOUAIR - OULFA
CASA
Tél. : 06 66 42 84 34 Total des frais engagés : 2564,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2022
Nom et prénom du malade : Bilal Ismaél Age : 3ans.
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Anxiété
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 : CASA

Le : 05/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
05/12/22			300181	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	B-12-22	264,15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

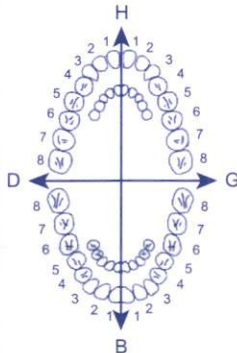
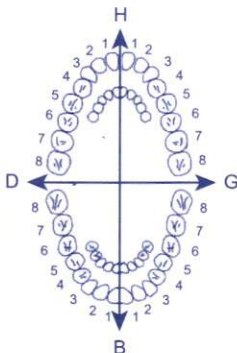
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Age = 3ans.

Poids = 19kg

Casablanca, le : 05-12-2022

Arhami Ismael

89,12



1) Sterimar nez bouches

spray x4/j

79,50

2) Apygal effet



scab x3/j

8 jours

16,60

3) Dolos bp



scab (19kg) x3/j

79,12

4) Hivernex

scab x3/j



264,12

Apixol®

Enfants

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût fraise



200 ml e

Pharmalife
RESEARCH



8 032578 479263

Lot: 220102

À consommer
avant le: 03/2025

PPC: 79,50 DH

HIVERNEX

Défenses - Immunité
Troubles hivernaux

Échinacée, Cassis, Plantain,
I-Fluid Reine des Prés, Gelée Royale
Zinc, Vitamine C

SIROP
Sans Sucre
Sans Alcool

LOT 091930/FC3
PER 09/2024
PPC 79.00



Arôme Caramel
Flacon 150 ml

PHARMAS

90 ml

Solution buvable
en flacon
Voie orale



Enfant et Nourisson
(3 à 26 Kgs)

> Douleurs et Fièvre

90 ml

2,4 g/100 ml

Paracétamol
Dolostop
Pédiatrique

LOT : 7228
UT. AV: 02 - 25
P.P.V: 16 DH 60

Dolostop
Paracétamol
Pédiatrique
2,4 g/100 ml

Solution buvable
en flacon

90 ml

Voie orale

Laboratoires Pharma S
dustriele Cuiel Saleh - Bouskoura - Maroc
ou FILALI - Pharmaden Responsable



يحفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية .
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال .
هذا الشكل مخصص للأطفال من 3 إلى 26 كغ
(من الولادة حتى 9 سنوات)

أولاً الشدة بتأني قبل الاستعمال

التخفيف :
باراسيتامول 2,4.....ج 100 مل من
سواء ذات تأثير معلوم : سكرور
المحلول للشرب

إطافال
باراسيتامول
دولوستوب

F A C T U R E

N° 160 708 / 2022 du 05/12/2022

Nom patient : RIHANI ISMAIL

Entrée 05/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 05/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: contact@hckm.hck.ma
 W INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 05 / 12 / 2022

Quittance - Paiement espèces 0731671

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,2

Patient : M. Elhadi Elmaghrabi

