

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° W21-679824

155811

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AOC 48 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAHSSAN Housb

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 41 26 20 Total des frais engagés : 300 DC + Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PR ABDELHAMID NAITLHO
Professeur de Médecine interne
Hôpital CHEIKH KHALIFA
INPE : 101107068

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique - diabète - hypertension

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 : 10/3/2023

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 Paiement des Actes
23/11/18		1	300	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pr. ABDELHAMID NAÏHEU Professeur de Médecine interne CHEIKH KHALIFA 11107068

23/11/

INP :

Pr Abdelhamid Khalifa
Professeur de Médecine interne
Hôpital CHEIKH KHALIFA
INPE : 101107068

NANCES

Montant de la facture

Pr Abdelhamid Khalifa
Professeur de Médecine interne
Hôpital CHEIKH KHALIFA
INPE : 101107068

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	

[illegible][illegible]

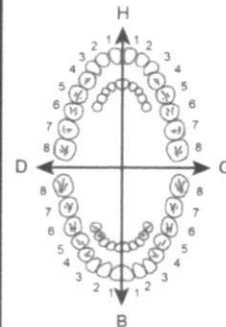
Cachet et signature du Particien	

[illegible]

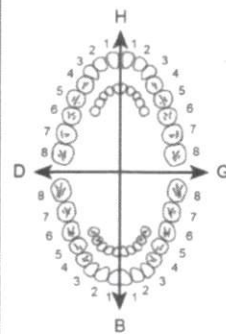
VOLET ADHERENT

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

* 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				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

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

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 154.702 / 2022 du 23/11/2022

Nom patient : SAADAOUI BAHSSOUN HOUDA

Entrée 23/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/11/2022

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

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


Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Za
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hk.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 23/11/2022

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2200597525
Nom patient	SAADAOUI BAHSSOUN HOUDA
Médecin	PR. NAITLHO ABDELHAM
Motif	CONSULTATION DE MEDE
Encaissement	0,00

Visa accueil

SOF.OUB 13:08

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hckma
W: INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 23/11/2022

Quittance - Paiement espèces 0726343

IPP :

N° D'admission : 220597525 Montant : 3000 DA

Patient : Saadouni Bahasoun bendou

Cachet

