

# 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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres **188418**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12611** Société : **Royal Air Maroc**  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **CHEMALLI MOHAMMED**  
 Date de naissance : **16-04-1988**  
 Adresse : **Quartier ALMAZ** Résidence : **AMBAR-3**  
**Appt K23 Casablanca**  
 Tél : **06-74-95-43-11** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/12/2023**

Nom et prénom du malade : **SELMA NAJJE** Age : **34**

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

Nature de la maladie : **Verh**

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 : **Casablanca** Le : **13/12/2023**

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Honneur  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://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
13/12/20	Ch	300	100	
	Pharmacie	44,83		

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

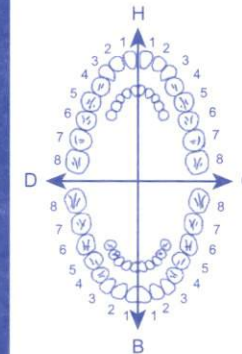
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

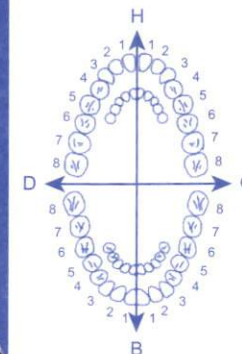
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 176305 / 2023 du 13/12/2023

Nom patient	NAJI SELMA	Entrée	13/12/2023
	PAYANTS	Sortie	13/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		44,23	44,23
			<i>Sous-Total</i>	44,23
<b>Total Clinique</b>				<b>344,23</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT QUARANTE-QUATRE DIRHAMS VINGT-TROIS CENTIMES	<b>Total 344,23</b>

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 Tél.: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 22 89 28 54  
 E-mail: contact@hkh.ma  
 13/12/2023

# ANNEXE PHARMACIE

<b>Nom patient : NAJI SELMA</b>	<b>N° Facture 176 305</b>	<b>2300794770</b>
---------------------------------	---------------------------	-------------------

<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Montant</b>
CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1	9,00	9,00
CLOPRAME 10mg Injecta (10)	1	1,39	1,39
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)	1	23,72	23,72
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>34,11</b>
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,44	1,44
INTRANULE G 20	1	1,61	1,61
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,87	5,87
SERINGUE 10ML	1	0,94	0,94
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,26	0,26
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>10,12</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>44,23</b>

  
 Tél.: 05 29 03 54 45  
 Fax : 05 29 00 44 17  
 E-mail : contact@cm-bdr.com  
 89-910 rue de la République



مركز النقدیات

13/12/23

12:41:09

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

MR CHEMALLI MOHAMMED

xxxxxxxxxxxx4193

09/24 CARTE NATIONALE

1FE8157AF212CCEE

220-0-9999-1-55

MONTANT: 344,23 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 916320

STAN : 008216

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT