

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-829751

195952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL OUEBI Sana
 Date de naissance : 08-01-1995
 Adresse : lot 4 res dea app 15 Laymame Casablanca
 Tél : 0639869134 Total des frais engagés : 489 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30/01/2024
 Nom et prénom du malade : Gueppe Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Gueppe
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
30/01/2024			150,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Voie d'aménagement H.H 27 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 938 004 - Gsm: 0693 676 000 ICE: 001551566000078 INPE: 092071976	30/01/2024	PHARMACIE TILILA Voie d'aménagement H.H 27 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani Tél: 0522 938 004 - Fax: 0522 92 87 15 ICE: 001551566000078 - IF: 40155060 339,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

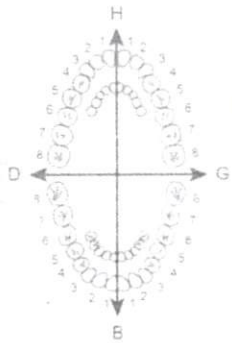
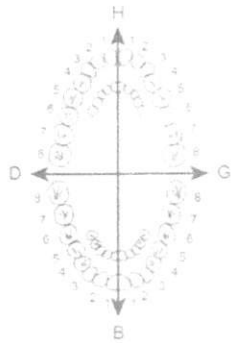
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
					MONTANTS DES SOINS																			
					DEBUT D'EXECUTION																			
					FIN D'EXECUTION																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433550</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>25533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433550	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS						
	H																							
	25533412	21433550																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	25533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

30/01/2024 Dr Guerhi
S. arc.

168,20

- Augmenter



PPV: 168,20 DH
LOT: 652144
PER: 04/25

89,10

- A prendre par



21,90

19,10

- Suivre



PHARMACIE TILILA
Vois d'aménagement H.H.27 N°H
Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 938 680 Gsm: 0693 676 000
ICE: 001551566000078
INPE: 092071976

2180

- Poly Sexe



339,00

- 1000 mg

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr SAÏDA HECHADI
Médecin Générale

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



8 032578 479676



230766



2026/09

PPC : 89,50 DH

LOT 129550/FC47
PER 10/2026
PPC 59,50



أنرويدكس®

الكلبتوس, البروبوليس,
إكيناسيا

شراب معالج للسعال
بالمكونات الطبيعية

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 30/01/2024
Numéro : 16 034



090061862

Nom patient : EL OUERBI SARA

Médecin : PR. HECHADI SAIDA
Médecine générale

2400821213

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE	150,00

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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 30/01/2024

Quittance - Paiement espèces 0852514

IPP :

N° D'admission : 240082113 Montant : 1500H

Patient : EL GUERBI SARA

Payé par : elle

Cachet