

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

- 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

N° W21-815849

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9728 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : DOUNALI Nafika
 Date de naissance : 01-04-68
 Adresse : habituelle
 Tél. : 0634604777 Total des frais engagés : 813 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 02 2011
 Nom et prénom du malade : Lamhaya Zineb Age : 20 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 07 / 02 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 0111121215

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		347,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

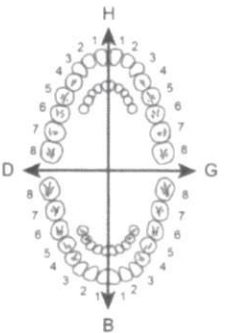
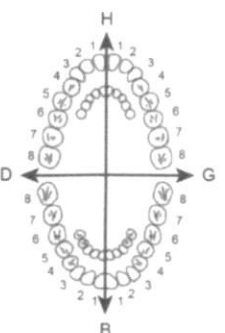
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : <input type="text"/>
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> </div> <div> <p>21433552</p> <p>00000000</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>D</p> <p>00000000</p> <p>35533411</p> </div> <div> <p>G</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



2400826725 / H0124004296

Prénom: ZINEB

Nom: LAMHAYA

DDN: 14/11/2003 E: 07/02/2024

Service: URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

Casablanca, le :

PHARMACIE GHAFIRI

22, Angle Bd Terrains de Sport,

Rue Abourrouse Ferme Bretonne

Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

74,80

- Spectru 500: **SV**

1 cp 2x ptt 5 jrs

46,50

- flogyl 500: **SV**

1 cp 2x ptt 5 jrs

92,30

- Neofortan 160: **1S**

1 cp 2x ptt 5 jrs

110,80

- INEAD 1720 en plus

1 cp 1x ptt 7 jrs

22,50

- Naloxone: **1S**

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain seba Casablanca
Flagyl 500 mg cp b 20
P.P.V: 46,50 DH
6 118000 060062

PPV: 110DH80 EXP 08/2025
LOT 35026 10

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 92DH30
EXP 09/2026
LOT 36028 2

LOT: 8572
PER: 11-25

P.P.V: 22DH90

Adresse: Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca

Standard 24H/24: +212 529 004 477 • Prise de RDV: +212 529 004 466 • SAMU: 2477/+212 25

Urgences: +212 608 982 871 • Fax: +212 529 038 868 • www.huick.ma

347,32

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 21 496 / 2024 du 08/02/2024

Nom patient : LAMHAYA ZINEB

Entrée 07/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
PHARMACIE	1,00		165,70 Sous-Total	165,70 165,70
Total Frais Clinique				465,70

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	465,70
QUATRE CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	465,70	465,70	0,00

Ref Chq : CDM // 1991968/

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
mail : contact@hckm-bek.com

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

08/02/2024

00:12

Nom Patient : LAMHAYA ZINEB

Numéro dossier : 2400826725

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
07/02/2024	INTRANULE G 20	1713405	1,00	1,61	1,61
07/02/2024	SERINGUE 10ML	1713405	2,00	0,94	1,88
07/02/2024	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1713405	1,00	1,44	1,44
07/02/2024	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1713405	1,00	0,26	0,26
07/02/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1713405	1,00	5,86	5,86
07/02/2024	APOTEL 100 MG / ML, S INJECTA (01)	1713405	1,00	15,01	15,01
07/02/2024	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1713405	1,00	6,34	6,34
07/02/2024	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1713405	1,00	1,39	1,39
07/02/2024	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)(1)	1713405	1,00	23,72	23,72
07/02/2024	SPASFON 40mg Injecta (06)(1)	1713405	1,00	4,35	4,35
07/02/2024	METRONIDAZOLE NORMON 500mg INJECTA (5(1)	1713405	1,00	13,60	13,60
07/02/2024	CIPROFLOXACINE NORMON 200mg Injecta ((1)	1713405	2,00	45,12	90,24
Total pharmacie					165,70

Hopital Cheikh Khalifa
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
e-mail: contact@ickm.tn