

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- La 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.

## 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° M21- 066192

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12294 Société : RAM MO  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Résultat  
 Nom & Prénom : MERNISSI REDA  
 Date de naissance : 7204  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 22/12/2022  
 Nom et prénom du malade :  
 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 23/12/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/12/22	UR	1	1300,00F	Pr. RABII R. RABIANE Urologie-Transplantation-Rénale 091037706
03/12/22	CR	1	CT	Pr. RABII R. RABIANE Urologie-Transplantation-Rénale

23/12/22	CS	1300,00f	Pr. RABII Redouane Urologie-Transplantation-Renale 091037705 Pr. RABII Redouane Urologie-Transplantation-Renale
----------	----	----------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/22	108,00

93/10/20	108.00
----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/12/15	Réfect	72,00 €
	23/12/15	Cytocapric Refect Grade	100,00 €

22/12/15	Rehce Glade	72,00
23/12/15	Cyrcaphalic	100

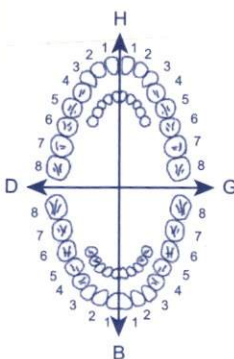
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

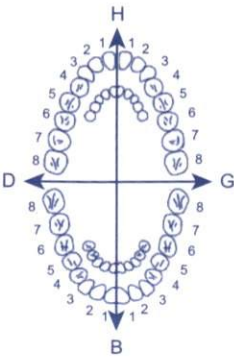
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez 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 style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">                     00000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                     00000000                      11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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**

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/12/2022

MERAZESSI Reda

Uro cystite

Laboratoire Biologie des Hôpitaux  
Tel : 05.29.05.02.33  
E-mail : labn@hckm-hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Rabii Boudouadi  
Urologie Transurologie - Néphrologie  
091037706

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 169538 / 2022 du 22/12/2022

Nom patient	MERNISSI REDA	Entrée	22/12/2022
	PAYANTS	Sortie	22/12/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

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

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Service Urologie  
N°ICE : 090061862  
Tél.: 0529004466 / 0529004477

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2212221623070790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200612415	MERNISSI REDA	22/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3902	72,00
PAYANT	Total payé	72,00
SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS		

Reçu établi par : SALJAR

Laboratoire Casablanca  
Tél : 05 22 55 55 55  
E-mail : labo@casablanca.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 169 566 / 2022 du 22/12/2022

Nom patient : MERNISSI REDA

Entrée 22/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0060	72,00	72,00
			Sous-Total	72,00
Total Frais Clinique				72,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS

Total 72,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	72,00	72,00	0,00

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05 29 03 50 23  
Email : labo@ckm.tcf.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 221222155224RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200612390	MERNISSI REDA	22/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0504	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :RAD.WAH

Hôpital Universitaire International  
Cheikh  
Service Radiologie  
N°PE : 0529004466  
Tel.: 0529004466 0529004477



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE



المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

23/12/2022

N° MERNES

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. RABII Redouane  
Urologie Transplantation-Rénale  
091037705

108100

VECA



5mg

1 ch

17

1 ch Amii

LOT : 8557  
UT. AV : 04-25  
P.P.V : 108 DH 00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. RABII Redouane  
Urologie Transplantation-Rénale  
091037705



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 22/12/2022

M<sup>r</sup> HERNI SSF Reda  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr RABII Redouane  
Urologie-Transplantation-Rénale  
091037705

Dysurie

urinaire

UIV avec  
doul  
e f.l.m  
sur R.P.7

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr RABII Redouane  
Urologie-Transplantation-Rénale

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 169 723 / 2022 du 23/12/2022

Nom patient : MERNISSI REDA

Entrée 23/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CYSTOGRAPHIE RETROGRADE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DIRHAMS	Total 1 000,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 000,00	1 000,00	0,00

CASABLANCA, le 23/12/2022

PATIENT : MERNISSI REDA

IPP : H0122037015

DATE NAISSANCE : 01/01/1980

NUMERO DOSSIER : 2200612589

**UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE**

**ABDOMEN SANS PREPARATION :**

- Absence d'opacité calcique se projetant sur l'arbre urinaire.
- Absence de lésion osseuse radiologiquement décelable.

**APRES INJECTION INTRAVEINEUSE DE PRODUIT DE CONTRASTE :**

**Haut appareil :**

**1/ A droite :**

- Rein de taille normale de contours réguliers, sécrétant et excréant dans les délais physiologiques.
- Pyélocalicogramme normal.
- Uretère fin, libre et perméable.

**2/ A gauche :**

- Rein de taille normale de contours réguliers, sécrétant et excréant dans les délais physiologiques.
- Pyélocalicogramme normal,
- Uretère fin, libre et perméable.

**Bas appareil :**

- Vessie de bonne capacité, de contours réguliers.
- Mictionnel normal.
- Absence de résidu post mictionnel.

**CONCLUSION :**

UIV normale

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



**Fondation**  
**Cheikh Khalifa Ibn Zaid**  
ROYAUME DU MAROC



مركز التفتيات

SANS CONTACT



22/12/22

15:24:17

9900397978

93979701

HOP CHEIKH KHALIFA G8

Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

xxxxxxxxxxxxx7536

CARTE NATIONALE

881E2868D09C4220

201-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 009

NUM AUTORISATION: 178904

STAN : 000504

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز النقديات

SANS CONTACT



22/12/22 15:24:17  
9900397978  
93979701  
HOP CHEIKH KHALIFA G8  
Casablanca

A00000000041010  
APP : MASTERCARD  
xxxxxxxxxxxxxx7536  
CARTE NATIONALE  
881E2868D09C4220  
201-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 009  
NUM AUTORISATION: 178904  
STAN : 000504

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT