

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 068047

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ESSAKH, BRAHIM  
Date de naissance : 01.01.53  
Adresse : Des. ADADAMOUN - Rue 1. N° 15  
OULFA - CASA.  
Tél. : 0663473186 Total des frais engagés : 1223,6 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2023  
Nom et prénom du malade : ESSAKH BRAHIM Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : L'entente préalable  
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 : 27/02/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

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
27/03 23	18		30000	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Agrégé ALIDRISSI Najib Orthopédie - Traumatologie 071153902

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Fracture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A.U 140 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	27/2/2023	3150

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/02/23	K cheur	18000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

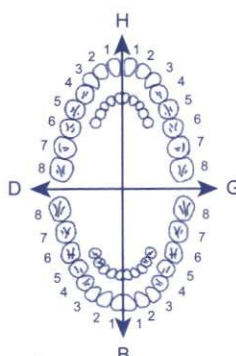
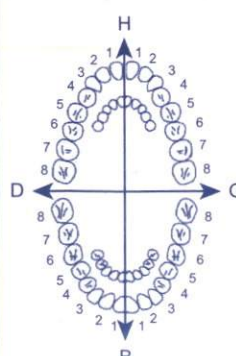
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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																	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 23022716061010410 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300646472	ES-SAKHI BRAHIM	27/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004185	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : SOUCHA

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 29 710 / 2023 du 27/02/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 27/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaï  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 03 53 45  
 E-mail: contact@hckm.hck.ms  
 N° INP 090061862





وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

27/02/2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Adrege ALIDRISSI Najib  
Ortopédie - Traumatologie  
071153902

*[Signature]*  
*[Signature]*

347,00 x 20

Arbre 0,4 g / 100g



19  
PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L.A-U  
140 Lot Smiralda Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Unecor 10000

Temp / min



**PHARMACIE SARANAZ**  
S.A.R.L.A-U  
140 Lot Smiralda Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Adrege ALIDRISSI Najib  
Ortopédie - Traumatologie



071153902

**Novex**  
Enoxaparine sodique  
**4000 UI anti - Xa/0,4 ml**  
**6** seringues pré-remplies



HOON 2 4 8  
7 2 0 2 0 1  
1 8 5 5 5 2 3  
A D E  
3 2 E  
1 0 0

342,00



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml

SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH



6 118001 185030

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

28/2/2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agrège ALDIRISSI Najib  
Orthopédie - Traumatologie



SAKHI

Hôpital Cheikh Khalifa  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
www.hck-fckm.ma

BR A 17

Rx cheville gche

✓

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agrège ALDIRISSI Najib  
Orthopédie - Traumatologie





CASABLANCA, le 27/02/2023

PATIENT : ES-SAKHI BRAHIM

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Cheville F+P**

IPP : **160203161716FA**

DATE NAISSANCE : **01/01/1953**

NUMERO DOSSIER : **2300646472**

### **Rx CHEVILLE GAUCHE F/P**

**Contrôle post immobilisation plâtrée.**

**Persistance de la solution de continuité osseuse métaphyso diaphysaire de l'extrémité inférieure du péroné avec déplacement postérieur**

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr LAFHEL Sarah**

  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Casablanca, Maroc  
Tél/Fax : +212 5 29 00 44 77  
www.hck.fcim.ma





# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 29 739 / 2023 du 27/02/2023

Nom patient : ES-SAKHI BRAHIM

Entrée 27/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa  
Service Radiologie  
Tel : (+212) 0529 00 45 05  
E-mail : www.hkchickh.com



م. ل. النقدية

SAN CONTACT



27/02/23 15:37:15

99003977 20

93977701

HOP CHEIKH KHAI IIA G3

Casablanca

A000000000 1010

APP : VISA

XXXXXXXXXXXX5026

CARTE NATIONALE

A787646F4E535105

220-0-9938-1-44

MONTANT : 180,00 MAD

NUM TRANSACTION 023

NUM AUTORISATION 062889

STAN 004185

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT