

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° W21-781036

156263

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2340 Société : RAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : ALAÏ CHAN KAOH

Nom & Prénom : ALAÏ CHAN KAOH

Date de naissance : 10.3.55

Adresse : 2 Lot IAINOUH OAJA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 32

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

Nature de la maladie : 90 stable

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 : Le : / /

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

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
22/03/23			300 DH	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/03/23

239,20

28/03/23

40,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

22/03/23

B/KO, R

180,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

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

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
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

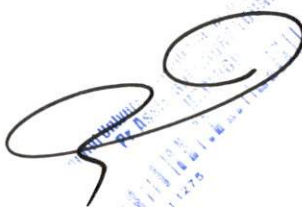
وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 22 / 03 / 2023

ALAMI-CHAM-ANAL

- ECBU ⊕ Anti biogramme.

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labn@fckm-hck.ma



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 43184 / 2023 du 22/03/2023

Nom patient	ALAMI-CHAMS KAMAL	Entrée	22/03/2023
	PAYANTS	Sortie	22/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0150	180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00

Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 02 23
E-mail : lano@fekm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 43 122 / 2023 du 22/03/2023

Nom patient : **ALAMI-CHAMS KAMAL**

Entrée 22/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'UROLOGIE	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	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
INPE : 090061862
Tél.: 0529004466 / 0529004477



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

28/03/2022

M Alami Chamsi Kamal

40.00

Colipred 20mg



24/1, pht 5 2 s

PHARMACIE HOPITAL CHEIKH KHALIFA
AL FIRDAS GH 26 IMM 249 N°1
ORDONNANCE
Tél : 05 22 93 17 73

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Ph... 05 22 93 17 73
ORDONNANCE
Tél : 05 22 93 17 73

PPV: 40DH00
PER: 02/26
LOT: M234

bottu
82, Allée des Casantrins - Ain Seïda - Casablanca
L. Bachouch - Pharmacien Responsable

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/03/2023

ALAMI - CHANOUSSI

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant HARRY TOUNES
Unité de Soins
05 22 33 33 33

58.90x2

1/ Ocet 200mg
1 (4x2), pot 10i-s



2/ Profound 100mg
1 (4x2), pot 07i-s



3/ Lmax 014 mg
1 (4x1), 1 sin - pot 1mg

Ts 239.20

PHARMACIE HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Ordonnance
AL FIRDAOUS GH26 IMM 249 N°1
OULFA CASABLANCA
Tél : 05 22 33 33 33

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

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

LOT 223226
EXP 03/2025
PPV 58.90

LOT 221753
EXP 05/2025
PPV 58.90

LOT 221081
EXP 02/2024
PPV 121.40DH



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 170209115634SI

Date de naissance : 10/03/1955

Sexe : M

Date de l'examen : 22/03/2023

Prélevé le : 22/03/2023 à 14:57

Edité le : 23/03/2023 à 10:06

ALAMI-CHAMS KAMAL

Dossier N° : 23035853K

Docteur HOURY YOUNES

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné	
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Clair	
EXAMEN CYTOLOGIQUE			
Leucocytes	:	< 10 ⁴ /ml	< 10 ⁴ /ml
Hématies	:	< 10 ³ /ml	< 10 ³ /mL
Cellules épithéliales	:	Absence	
Autres cellules	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	
Cristaux	:	Absence	
Eléments fongiques	:	Absence	
CULTURE			
Culture	:	Négative	
Numération des germes	:	< 10 ³ UFC/ml	
COMMENTAIRE	:	Absence d'arguments microbiologiques en faveur d'une infection et/ou d'une colonisation urinaire.	

Le 23/03/2023 à 10:06

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 / 1