

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-803447

264049

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3072

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ESSAKHI Brahim

Date de naissance :

21.01.53

Adresse :

ADADAMOUNE, Rue 1. N° 25 OULFA

Tél. :

068 347 39 86

Total des frais engagés :

180,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/05/2023

Nom et prénom du malade :

ESSAKHI Brahim

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Fracture humérale

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 :

28/5/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
				INP : 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 Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. SARAH LAHHEL RADIOLOGUE	29/05/2023	2 - dentelle	18900

# 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 canalaires, 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 <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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agrégé ALIBRISSI Najib  
Orthopédie - Traumatologie  
971153902



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agrégé ALIBRISSI Najib  
Orthopédie - Traumatologie  
971153902



CASABLANCA, le 29/05/2023  
PATIENT : **ES-SAKHI BRAHIM**

**Rx CHEVILLE GAUCHE F/P**

**Résultats :**

Aspect hétérogène de la malléole externe avec la corticale rompue par endroits.  
Interligne articulaire respectée.  
Surfaces articulaires régulières.  
Epine calcanéenne.

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Dr LAFHEL Sarah**

Dr. SARAH LAFHEL  
RADIOLOGUE



## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2305291852477150. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300692581	ES-SAKHI BRAHIM	29/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1757	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FOU.SAB

E-mail : [www.h-k-tckm.mc](mailto:www.h-k-tckm.mc)  
Tél : (0212) 0529 00 44 66  
Service Radiologie  
Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 75 215 / 2023 du 29/05/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 29/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/05/2023

	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
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>180,00</b>

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

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 Service Radiologie  
 Tél : (+212) 0529 00 44 66  
 F : (+212) 0529 00 44 66  
 www.hckh.km.ma



مركز النقديات

SANS CONTACT



29/05/23 17:49:41  
9900398067  
93980601  
HOP CHEIKH KHALIFA G12  
Casablanca

A00000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx5026  
CARTE NATIONALE  
1E9109E54AC6CD15  
220-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 017  
NUM AUTORISATION: 0C6708  
STAN : 001757

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT