

# 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

**COUPLE R.A.M**  
**Déclaration de Maladie**

N° P19- 0043564

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SIMON Yassin

Date de naissance : 25 Mars 1958

Adresse : Rue Michelien n° 126 Hay Rayan  
Moussan Casablanca

Tél. 0661472229 Total des frais engagés : 396,84 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : SIMON Yassin Age : 63

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

Nature de la maladie : Goutte

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 : 25 / 11 / 2022

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
25/11/2022			396,84	Cheikh Khalid Dr. AMI ALI Mehdi Urgentiste

# 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

# 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 :

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														
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :



2200598924 / 170408100357SA

Prénom : Yassin

Nom : SIMOU

DDN : 25/03/1958 E: 25/11/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: M

1 Fb → 8  
App x 2 l.

2 Coaboly  
1 y x 2 f.

3 Ser' physiologie  
oculaire

4 Lr x 4 l.  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25 / 11 / 2022

Quittance - Paiement espèces 0728663

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 396, 84

Patient : Simon - Yassin

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@tickm.hck.ma  
N° IMP 09061862



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 156152 / 2022 du 25/11/22

Nom patient	SIMOU YASSIN	Entrée	25/11/22
	PAYANTS	Sortie	25/11/22

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		96,84	96,84
			Sous-Total	96,84
Total Clinique				396,84

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	396,84
TROIS CENT QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATRE CENTIMES		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 22 89 28 54  
 E-mail: contact@hck.ma  
 25/11/22

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/11/2022

20:14

Nom Patient : SIMOU YASSIN

Numéro dossier : 2200598924

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
24/11/2022	FLAMMAZINE 50g Crème (01)	1412120	1,00	42,54	42,54
24/11/2022	BANDE DE CREPE 10 CM	1412120	2,00	5,78	11,56
24/11/2022	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1412120	2,00	3,53	7,06
24/11/2022	PANSEMENT JELONET 10*10CM	1412120	2,00	8,14	16,28
24/11/2022	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1412120	1,00	14,10	14,10
24/11/2022	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	1412120	1,00	5,30	5,30
Total pharmacie					96,34

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@ckm.hc