

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-701075

246256

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9632 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ERCHIDI Zoua

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066143 77 03 Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : Ayouch Rim Age : 23

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

Nature de la maladie : place mal

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

Signature de l'adhérent(e) : 23 01 - 2023

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
02/01/2023				INP : <input type="text"/>

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
02/01/2023			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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		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 :

Dr / Pr / Sm
 Dr Ayouch

eck
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tél : (+212) 0529 00 44 66
 E-mail : www.hck-fck.ma
 (ne exam pour)
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tél : (+212) 0529 00 44 66
 E-mail : www.hck-fck.ma
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tél : (+212) 0529 00 44 66
 E-mail : www.hck-fck.ma
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tél : (+212) 0529 00 44 66
 E-mail : www.hck-fck.ma

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

25 / 01 / 2014

Ayouche lin

I n n p o u e

m u s p i c o n

m p h n e l o g

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

Pr CHAGOU Aniss
Orthopédie Traumatologie
Tél : (+212) 0911 77519
Tél : (+212) 61 55 25 72

T1 m. laves
T2 m. axil/lon
T3 m. Sag- lon

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 424 / 2023 du 02/01/2023

Nom patient : **AYOUCHE RIM**

Entrée 02/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE DES TISSUS MOUS	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 554 / 2023 du 02/01/2023

Nom patient : **AYOUCHE RIM**

Entrée 02/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
IRM DE LA MAIN	1,00		2 500,00	2 500,00
			Sous-Total	2 500,00
Total Frais Clinique				2 500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total 2 500,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	2 500,00	2 500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tél : (+212) 0529 00 44 66
 E-mail : www.hck-tckm.ma



CASABLANCA, le 02/01/2023

PATIENT : AYOUCHE RIM

IPP : H0123000128

DATE NAISSANCE : 16/06/1999

NUMERO DOSSIER : 2300617230

IRM DU POUCE DROIT

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par une IR M1.5 Tesla dans les 3 plans en séquences T2 FS et T1, sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

- Tendon long extenseur du pouce de calibre normal mesuré à 2 mm avec présence d'une solution de continuité hypo T1 et hyper T2 mesurée à 5.7 mm d'étendue en regard de la base de la première phalange.
- Remaniements des parties molles en regard.
- Pas de lésion osseuse ou cartilagineuse.
- Pas d'épaississement synovial.
- Absence d'épanchement liquidien intra articulaire

CONCLUSION :

Aspect IRM d'une rupture du tendon long extenseur du pouce droit étendue sur 5.7 mm.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. MAHI Mohamed
Professeur en Radiologie
Diagnostic et Interventionnel
Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa
Code INFE: 011051430
Zayed - Casablanca
CINPA INPC: 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



CASABLANCA, le 02/01/2023

PATIENT : AYOUCHE RIM

IPP : H0123000128

DATE NAISSANCE : 16/06/1999

NUMERO DOSSIER : 2300617095

Echographie du pouce droit

TECHNIQUE : Des coupes échotomographiques ont été réalisées à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

RESULTATS :

- Présence d'une ligne hypo échogène au niveau des faisceaux superficiels du tendon extenseur du pouce en regard de la première phalange
- Absence d'anomalie du tendon fléchisseur
- Absence d'épaississement synovial.
- Absence d'encoche corticale.
- Absence d'anomalie par ailleurs.

CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'une rupture partielle du tendon extenseur du pouce droit.

En vous remerciant de votre confiance

Signé

Dr MAHL

Dr. MAHL
Professeur en Radiologie
Diagnostic et Interventionnelle
Hôpital Universitaire
Cheikh Khalifa Bin Zayed - Casablanca
2001-05-01 25 23 16 / Code 1965 7310140

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

Reçu de caisse

N°: 230102150008SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300617230	AYOUCHE RIM	02/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	033370	2 500,00
	Total payé	2 500,00

Reçu établi par :SOUCHA

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 66
E-mail: www.hck-tckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2301021304580560. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300617095	AYOUCHE RIM	02/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	002592	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : KHA.CHAO

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 65
E-mail : www.hck-fckm.ma



مركز النقديات

02/01/23 12:35:40
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
ERCHIDI/ZAKIA.MME
xxxxxxxxxxxxx7578
12/28 CARTE NATIONALE
F80ABF27324FF8DF
220-0-9999-1-55

MONTANT: 500,00 MAD
NUM TRANSACTION 009
NUM AUTORISATION 737705
STAN 002592

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



مركز النقديات

02/01/23

14:29:43

9900398067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12

Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

ERCHIDI/ZAKIA.MME

xxxxxxxxxxxxx7578

12/28 CARTE NATIONALE

0EOFAC754F75931B

220-0-9999-1-55

MONTANT: 2500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 012

NUM AUTORISATION: 959564

STAN : 033370

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT