

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-801879

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12941 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BASAI YOUNESS / 161974  
 Date de naissance : 09.10.1978  
 Adresse : Residence Andaloussik Im 78 Apr 18  
 B7 Amoral Casa  
 Tél. : 0660 1641 05 Total des frais engagés : 480,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BASAI YOUNESS Age : 44

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

Nature de la maladie : Fracture de la main Gauche

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 23/05/2019

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
11/05/2015	Consultation	1	6628	INP: 11/05/2015

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

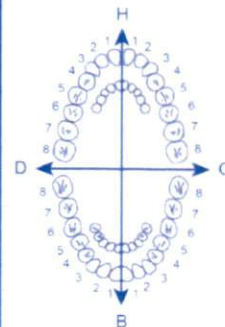
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

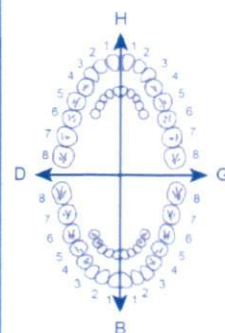
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT 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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 66 728 / 2023 du 14/05/2023

Nom patient : **BASRI YOUNESS**

Entrée 14/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	480,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>480,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	<b>Total 480,00</b>

			<b>Carte Bq</b>		<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
Encaissements			480,00		480,00	0,00

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid*  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
N° contact: 05 29 00 44 77  
Email: contact@ckm-hk.com

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2305141726083080: / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300683858	BASRI YOUNESS	14/05/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	18873	480,00
PAYANT	Total payé	480,00
QUATRE CENT QUATRE-VING		

Reçu établi par : RAJ.OUA

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma




2300683858 / 180415144340RA

Prénom : Youness

Nom : BASRI

DDN : 09/10/1978 E: 14/05/2023

Service : URGENCES (NA)

 PAYANT  
Sexe: M

Casablanca, le :

- Méfiel 4,5 s

1 cplg pth 5 jours

Avis travels : Pr. CHAGAW.

Lundi 15/05/2023

Maki





Coller ici



2300683858 / 180415144340RA

Prénom : Youness

Nom : BASRI

DDN : 09/10/1978 E: 14/05/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: M

## BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Edorse 3° et 4° doigt main gauche

• RADIO STANDARD : ..... Main gauche

☒ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat : .....

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM : .....

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences



CASABLANCA, le 14/05/2023

PATIENT : BASRI Youness

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

IPP : **180415144340RA**

DATE NAISSANCE : **09/10/1978**

NUMERO DOSSIER : **2300683858**

## **Rx MAINS FACE ET PROFIL**

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

### **Au total :**

Radiographie ne révélant pas d'anomalie.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Yassine**

Dr. RACHID YASSINE  
Médecin  
Radiologue





مركز النفديات

14/05/23

16:23:00

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6  
Casablanca

A00000000031010

APP : Visa

BASRI

/YOUN.

xxxxxxxxxxxxx8576

06/24 CARTE NATIONALE

BC7E7EC9263CDA52

200-0-9999-1-44

MONTANT: 480,00 MAD

NUM TRANSACTION : 009

NUM AUTORISATION: 004439

STAN : 018873

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT