

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° W21-775263

176930

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09633

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BAHRI MOHAMED

Date de naissance :

10-11-1970

Adresse :

392 LOTISSEMENT EL KHEIR
SIDI MAAROUF CASA

Tél. :

0665307725

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cache du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose (suite)

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 :

24/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

M. Bahri

AUTORISATION CNDF 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
24/09/2023	soin	1	880,00	[Signature]
	factu	133253/2023		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEFTAH 455, Lotissement El Kheir Sidi Maârouf Casablanca	24/09/2023	198,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENRAMI MOHAMMED Médecin Radiologue	24/09/23	16 Cordu (Cal)	(cf facture)
Dr. BENRAMI MOHAMMED Médecin Radiologue	24/09/23	Echographie	

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 : Veuillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUIICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



2300751091 / 151208172247FA

Prénom : MOHAMED

Nom : BAHRI

DDN : 10/11/1970 E: 24/09/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le :

+ Nefsal 7.5:

1 cp / 5 pr 15.00.

198,00

+ Nouiceptol:

1 Application x 2 / 5

LOT	PVC: 198.00DH	REV: 2027/11/0
	C236 2025-09	
CNK 3259-850		

PHARMACIE MEFTAH
855. Lotissement El Kheir
Sidi Maatouf Casablanca

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 133 253 / 2023 du 24/09/23

Nom patient : **BAHRI MOHAMED**

Entrée 24/09/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 24/09/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU COUDE DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
ECHOGRAPHIE DU COUDE	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	880,00
Total Frais Clinique				880,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	880,00
HUIT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	880,00				880,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hkhz.gov.qa
N°INP 090061862

Coller Etiquette De BAF



2300751091 / 151208172247FA

Prénom : MOHAMED

Nom : BAHRI

DDN : 10/11/1970 E: 24/09/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

fracture de coude

• RADIO STANDARD : *coude droit*

☒ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Dr Laouaya



CASABLANCA, le 24/09/2023

PATIENT : BAHRI MOHAMED
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Coude droit F+P**
IPP : **151208172247FA**
DATE NAISSANCE : **10/11/1970**
NUMERO DOSSIER : **2300751091**

RESULTAT

- Minéralisation osseuse normale.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique nettement décelable.
- Respect des interlignes articulaires.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr Benrami**

Dr. BENRAMI MOHAMMED
Médecin Radiologue
INPE 101250496



Coller Etiquette De BAF



2300751091 / 151208172247FA

Prénom : MOHAMED

Nom : BAHRI

DDN : 10/11/1970 E: 24/09/2023

Service : URGENCES (NA)


PAYANT
Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Ordre de bilan du coude droit

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : *du coude droit*

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences



Dr. Asmaa LAHAYE
Urgences
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid



CASABLANCA, le 24/09/2023

PATIENT : BAHRI MOHAMED

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Echographie du coude droit**

IPP : **151208172247FA**

DATE NAISSANCE : **10/11/1970**

NUMERO DOSSIER : **2300751091**

RESULTATS :

- Absence d'anomalie des structures tendino-ligamentaires.
- Absence de collection hématique.
- Absence d'encoche corticale.
- Absence d'épanchement intra articulaire.

CONCLUSION :

- Aspect échographique sans anomalie.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**

Dr. BENRAMI MOHAMMED
Médecin Radiologue
INPE: 101250496

