

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-828113

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELYOUSFI SAMIR
 Date de naissance : 15/04/67
 Adresse : Résidence Nouria Imm L Cité plateau
 Tél. : 0661304942 Total des frais engagés : 1039,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04/01/2024
 Nom et prénom du malade : REHIOUI HOURIA Age : 44
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : 04/01/24
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
04/12/1999	injection de corticoïdes		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
04/10/99 Pharmacie KARKAD S. 100, Angin 91400- Evry sur Yvelines Tél 01 69 22 30 10	09/10/1999	450,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

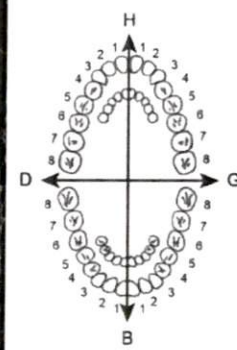
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

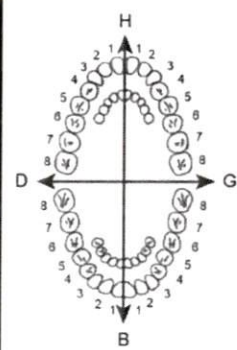
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

COEFFICIENT 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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 04/10/2024

Rekoui Hania

LOT : 5374
PER : 06-26
P.P.V : 34 DH 70

LOT: 4030
PER : 05-26
P.P.V: 34 DH 70

1) Skinopelie lotion



34.70 x 2

1 fois / j x 10 jrs

puis

1/2 x 10 jrs

puis

1/3 x 10 jrs

puis

arrêt

2) Clobex pharyng

22000

1 fois x 21 jours

puis

1 fois / semaine

2 mois
1 mois

289.40

sur cloques secs, laisser agir 10-15 min

puis rincer

3) Cicaplast Baume BT

1 fois / j x 10 jrs

sur la plaie

DISTRIBUE PAR
LES LABORATOIRES SOTHEMA
PPV : 220.00 DH

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant

161224647



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



RENTOUT HOURIA

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/02/24

DIPROSTONE injectable

(X L)



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Electrocoagulation

Petite riann

1612226802
Professeur Assistant
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
1612226802

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 1 991 / 2024 du 04/01/2024

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 04/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXERESE DE MICROKYSTES, PETITE SEANCE	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	450,00
Total Frais Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	450,00	450,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 45 45 Fax: 05 22 89 28 54
 Email: contact@hck.mn
 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

CASABLANCA

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N°: 24010415290182500 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400807155	REHIOUI HOURIA	04/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6033	450,00
PAYANT	Total payé	450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : SOU.EDA

Hôpital Universitaire de la Faculté de Médecine de la
Université de la Méditerranée - 13288 Marseille Cedex 9
Tél : 04 91 26 55 45 Fax : 04 91 26 55 45
E-mail : medecine@univ-marseille.fr

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 1 808 / 2024 du 04/01/2024

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 04/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
INJECTION DE CORTICOÏDE, PETITE SEANCE,	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2401041114504410 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400806970	REHIOUI HOURIA	04/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6031	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N°INP 090051862



مركز الصمدية

SANS CONTACT



04/01/24

11:01:37

9900398075

93980701

HOP CHEIKH KHALIFA G13

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx8920

CARTE NATIONALE

E56FD7EA6C6210B9

201-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

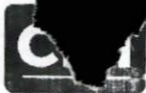
NUM AUTORISATION: 024097

STAN : 006031

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



بنوك المغرب

SANS CONTACT



04/01/24 11:36:47
9900398075
93980701
HOP CHEIKH KHALIFA G13
Casablanca

A00000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx8920
CARTE NATIONALE
8FE67702BCA649AA
201-0-9999-1-44

MONTANT: 450,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007
NUM AUTORISATION: 026296
STAN : 006033

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT