

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ttique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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  
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° P19- 059956

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2190

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : RADIGIT ABDELALI

Date de naissance : 21/05/1955

Adresse : LIGASSA, LESSENT AL KHOUZAMA N° E1/59

OASABLANCA

Tél. : 0664 09 0980

Total des frais engagés : 600,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur E. JAHYA Said  
Gynécologue - Obstétricien  
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca  
Tél. : 06 61 15 21 71 - INPE : 091029116

Date de consultation : 18/09/2020

Nom et prénom du malade : MEGOUAN ABILA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : infection urinaire bactérienne

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 : 18/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



[illegible][illegible][illegible][illegible]

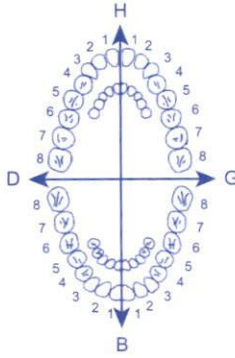
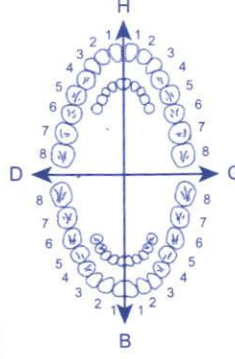
\_\_\_\_\_

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

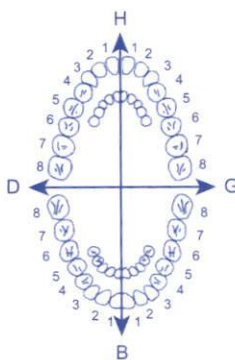
## Important :

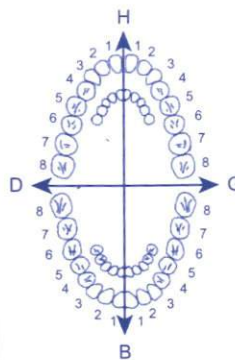
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
					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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<div style="text-align: center;"> H  <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>   B </div>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		25533412	21433552											
		00000000	00000000											
		D	G											
		00000000	00000000											
		35533411	11433553											
				MONTANTS DES SOINS										
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 90 602 / 2020 du 18/09/2020

Nom patient : MEGOUAR AZIZA

Entrée 18/09/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULT SPECIALITE GYNECO+ECHO	1,00	CS	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENTS DIRHAMS	Total 600,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						600,00

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



Nom & Prénom : **Dr AZIZA NEBOUAR**

Date de naissance : **26**

Opérateur : **R. BOUKYA**

Date:

**18/09/2020**

Modalités d'examen: **Endogynale**

-Utérus en position **antérieure**, de contours régulier mesurant **5,30 cm** d'échostructure homogène.

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.  
Epaisseur de l'endomètre de **3 mm**.

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : **RAS**
- Ovaire gauche : **RAS**

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie endovaginale

**normal**

**Prof. BOUKYA**  
Gynécologue - Obstétricien  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
BP 82403 Casa Oum Rabil Casablanca, Maroc  
Tél : +212 529 004 466 - Fax : +212 529 004 488  
www.fckm-hck.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 18/09/2020

Quittance - Paiement espèces 0506614

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 600 D.H

Patient : M. E. GOMAR AZIZA .....

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

Cachet

Admission Facturation

Voluson™  
E6

RIC5-9-D/GYN

MI 1.2

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

7.0cm / 1.2 / 20Hz

TIs 0.6

18.09.2020

9:40:01 AM

GYN\_CRI

10.00 - 2.20

100 G

Gn -6

C6 / M4

FF1 / E1

SRI II 3 / CRI 3

Voluson  
E6

Ut-L 5.29cm