

# 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

- 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



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

## Declaration de Maladie

N° W19-554495

**ND 45049**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e) :

Matricule : **9775** Société : **RAT**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : **Dr. El Haj Idriss**

Date de naissance : **01/08/1960**

Adresse : **27, 15 Rue Koutoubia - Ben Mousli**

Tél. : **06 76 09 2631** Total des frais engagés : **06 76 09 2631** Dh:

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **16/10/20**

Nom et prénom du malade : **Hind AITEZHAI** Age : .....

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

Nature de la maladie : **Toux + dt + rhinite**

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

[illegible]

Dr. SAHIB AICHA  
Médecin-chef du Centre  
de Santé Dr. Faraj  
Délégation Casa-Ann  
Tél: 06 71 83 35 71

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Handwritten:</i> Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</p> <p><i>Handwritten:</i> 17/10/2000</p> <p><i>Handwritten:</i> Scanner</p> <p><i>Handwritten:</i> 15.000DH</p>	17/10/2000	Scanner	15.000DH

[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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœEFFICIENT MASTICATOIRE	CœEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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		<input type="text"/>
	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

....., LE 16/10/20

Hind AITEZHAI

1/ TDM thoracique

Toux + de fluoraique

Hôpital Cheikh Khalifa  
Service Radiologie  
Tél: (+212) 0529 90 44 80  
E-mail: www.hck-hckm.ma

  
Dr. SAHIB Aicha  
Médecin-chef du Centre  
de Santé Dr. Faraj  
Délégation Casa-Anfa  
Tél: 06 71 93 35 71



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 102 322 / 2020 du 17/10/2020

Nom patient : **AITELHAJ HIND**

Entrée 17/10/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/10/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Scanner thoracique	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	<b>Total 1 500,00</b>

Encaissements			<b>Carte Bq</b>		<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
			<b>1 500,00</b>		<b>1 500,00</b>	<b>0,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (4212) 0529 00 44  
Site : www.hkz-icm.com



Casablanca , le 17/10/2020

PATIENT : AITELHAJ HIND  
MEDECIN TRAITANT :  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Scanner thoracique**

**TECHNIQUE :**

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spirale, avec injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

**RESULTATS :**

→ L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :

- Absence de nodule parenchymateux pulmonaire.
- Absence d'épaississement ou de dilatation des bronches.

→ L'analyse en fenêtres médiastinales :

- Absence d'épanchement pleural liquidien.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

**CONCLUSION :**

**Aspect TDM thoracique sans anomalie**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**

  
**Fondation  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**  
ROYAUME DU MAROC

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2010171427232850 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000262223	AITELHAJ HIND	17/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3363	1 500,00
PAYANT	Total payé	1 500,00
MILLE CINQ CENTS DIRHAMMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : IMAJAF



# AZIX<sup>®</sup>

Azithromycine

500 mg

Voie orale

## COMPOSITION :

Azithromycine ..... 500 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé



PPV:79DH70  
PER:06/23  
LOT:J1900

عن طريق الفم  
500 ملغ

أزيتروميسين  
أزكس<sup>®</sup>

## POSOLOGIE ET MODE

### ADMINISTRATION :

ulte : lire attentivement la notice.

PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

3 Comprimés  
sécables



bottu S.A.

82, Allée des Camarins - Ain Sebia - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

بوتو

بوتو  
82، أمم الكامارينات - عين السبية - الدار البيضاء  
عن طريق الفم - 500 ملغ

3

أزيتروميسين  
أزكس



3 Comprimés  
sécables

Azithromycine  
AZIX<sup>®</sup> 500 mg



AZIX<sup>®</sup>  
Azithromycine  
500 mg

05 11  
100008

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



مركز الخدمات

17/10/20 14:24:38

9900397754

93977501

HOP CHEIKH KHALIFA G2

Casablanca

A00000000031010

APP : U13A

M AIT EL HAJ ISMAIL

xxxxxxxxxxxxx5848

08/22 CARTE NATIONALE

81B2F67CC37419CC

201-0-9999-1-44

MONTANT: 1500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 673040

STAN : 003363

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT