

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7347

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL IDRISI ABDELTIF

Date de naissance :

02/02/1987

Adresse :

habibat

Tél. : 0661164135

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/07/2015

Age:

Nom et prénom du malade :

EL IDRISI MOHAMMED

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

malice

jal

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.

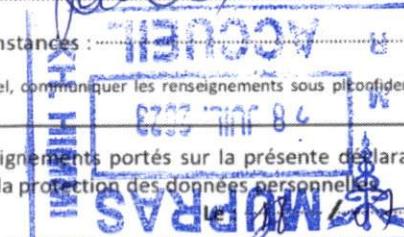
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Maroc

10/07/2015

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
06/07/16	VISITE	1	614,50	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Docteur HALLAL
	DE 92114			

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Céche du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ABDERRAHIM	04/07/2023	144000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. BENRAMI MOHAMMED Médecin Radiologue INPE: 401250496	04/07/23	Ré. D.P.N (CBF actes)	18

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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'IDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA, le 04/07/2023

PATIENT : EL IDRISI Mohamed Ali
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Os propre du nez p
IPP : 180725182507LA
DATE NAISSANCE : 31/01/2001
NUMERO DOSSIER : 2300709701

Rx OS PROPRES DU NEZ

Absence de lésion osseuse de nature traumatique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr Benrami

Dr. BENRAMI MOHAMMED
Médecin Radiologue
INPE: 101250496

EL IDRISI ABDELTIF
LEADER D'EQUIPE / DT
MLE 7347

Casa, le 28/07/2023

A l'attention du Médecin Contrôle

Objet : TRAUMATISME FACIAL SUITE CHUTE A DOMICILE

Madame/Monsieur,

Je viens par la présente vous informer qu'en date du 04/07/2023, mon fils Mohamed ALI EL IDRISI a chuté sur son visage suite à une perte d'équilibre à la maison.

Outre un examen radiologique affirmant une absence de lésion osseuse, des points de sutures recommandés par le médecin ont été réalisés sur le menton.

Restant à votre disposition pour toute autre information, veuillez accepter, Madame/Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

EL IDRISI ABDELTIF





وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/04/2023

Mr IDRIS MOUDI

1) Aclor 1g

2) 1x3 (3) perte 28,--

1S

2) Snis locaux à la coccidur

Creine

10

58,--

3) Arnica fort

1S

LOT : 2272
PER : 02-25
P.P.V : 187DH00

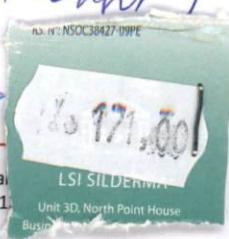
ARNICA GEL
LOT: DST22
EXP: 06/2026
PPC: 68.00DH



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur LAIL RAJAA

SV

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabia Casablanca
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 529 004 477
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



Coller Etiquette De BAF



2300709701 / 1807251825071 A

Prénom : Mohamed Ali

Nom : EL IDRISI

Dernière mise à jour : 31/01/2001 E: 04/07/2023

Service : URGENCES (NA)

Service :URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age : ...2

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

La transformation de la force
est dépendante de la nature de la force.

• RADIO STANDARD : Os. Propri. des. No.

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

~~BHCG~~ : Positive

négative

- IRM

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Interniste SRALOUNIIMA



Date : 4/7/83

Quittance - Paiement espèces 0790593

IPP :

N° D'admission : 0790593 Montant : 314,50

Patient : EL IDRISI, NHA MEBOU

Payé par :

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 92114 / 2023 du 04/07/23

Nom patient	EL IDRISI MOHAMED ALI	Entrée	04/07/23
	PAYANTS	Sortie	04/07/23

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DES OS PROPRES DU NEZ	1,00		180,00	180,00
K5	5,00		45,00	225,00
			<i>Sous-Total</i>	705,00
PHARMACIE	1,00		89,50	89,50
			<i>Sous-Total</i>	89,50
Total Clinique				794,50

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	794,50
SEPT CENT QUATRE-VINGT-QUATORZE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES		

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSUMMEE

04/07/2023
03:47

Nom Patient :	AL IDRISI MOHAMED A		Numéro dossier :	2300709701	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
03/07/2023	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1549934	1,00	0,72	0,72
03/07/2023	LAME DE BISTOURI	1549934	1,00	0,70	0,70
03/07/2023	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1549934	1,00	0,72	0,72
03/07/2023	SERINGUE 1ML	1549934	1,00	0,78	0,78
03/07/2023	SET DE SUTURE REF470258	1549934	1,00	49,14	49,14
03/07/2023	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	1549934	1,00	5,62	5,62
03/07/2023	ETHILON 4/0CT 3/8 16MM	1549934	1,00	31,82	31,82
Total pharmacie					89,50

Reçu de caisse

N° : 2307040300449420 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300709701	EL IDRISI MOHAMED A	04/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	021814	480,00
PAYANT	Total payé	480,00
QUATRE CENT QUATRE-VING		

Reçu établi par : MAR.KHA

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 08 53 45
Fax.: 05 29 00 44 77
mail : contact@hck.m



مراكز التقدیمات

04/07/23

01:55:04

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6
Casablanca

A00000000041010

APP : Mastercard

ABDELTIF EL IDRISI

xxxxxxxxxxxxx8520

06/27 CARTE NATIONALE

D5A72E5EA3D4CB89

220-0-9999-1-55

MONTANT : 480,00 MAD

NUM TRANSACTION : 061

NUM AUTORISATION : 186904

STAN : 021814

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERUER
COPIE CLIENT