

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W19-565522

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7347 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL IDRISSI ABDELHIE
 Date de naissance : 02/02/1987
 Adresse : habibullah
 Tél. : 0661164135 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/04/2019
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : MSA le 10/04/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

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
04/07/23	✓ 60508 Dr 92116		6141506	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/07/2023	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENRAMI MOHAMMED Médecin Radiologue INPE: 401250496	04/07/23	2 OPN (CP Bactem)	18000

AUXILIAIRES MEDICAUX

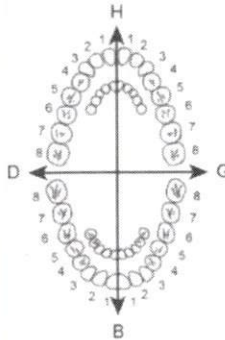
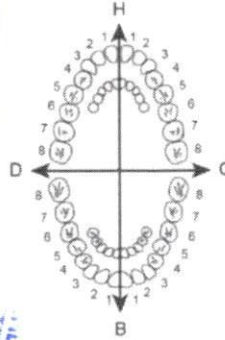
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 04/07/2023

PATIENT : EL IDRISSE 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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



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

EL IDRISSE ABDEL TIF
LEADER D'EQUIPE / DT
MLE 7347

Casa, le 28/07/2023

A l'attention du Médecin Contrôleur

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 IDRISSE 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 IDRISSE ABDEL TIF





وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/04/2023

187, - El Oum Rabi' El Oum Ali

1) Aclor 1g

1x3 / 12h



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

28, -

2) Bris locaux & de coecidui

Ceine 1g / 12h



58, -

3) Annice 100



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

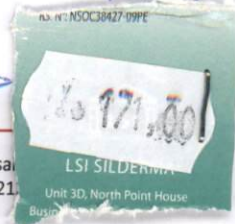
171, - 1 g x 1 / 12h

4) Bolenix he



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur: EL OUM RABI' EL OUM ALI

(copie en collant)





Coller Etiquette De BAF



2300709701 / 180725182507LA

Prénom : Mohamed Ali

Nom : EL IDRISSE

DDN : 31/01/2001 E: 04/07/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age : ... 22 ...

Poids : Kg

Sexe : ☒ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Traumatisme de la face
avec une lésion au niveau de
et fracture de la mandibule et de
la mâchoire.

• RADIO STANDARD : Os propres du nez

☐ 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 Interne SBAI OUMAIMA



230061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 4/7/25

Quittance - Paiement espèces 0790593

IPP :

N° D'admission : 13 270970-1 Montant : 316,50

Patient : EL IDRISI, NIKHO MOHAMMED

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
			Sous-Total	705,00
PHARMACIE	1,00		89,50	89,50
			Sous-Total	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		

Optical Cheikh Khalifa
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

04/07/2023

03:47

Nom Patient :	L IDRISSI 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/OCT 3/8 16MM	1549934	1,00	31,82	31,82
Total pharmacie					89,50

Optical Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 26 03 53 45
Fax: 05 26 03 44 71
E-mail: opt@cheikhkhalifaibnzaid.com

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2307040300449420. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300709701	EL IDRISSI 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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
mail : contact@hikm.ma
www.hikm.ma



مركز النقدیات

04/07/23

01:55:04

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6

Casablanca

A00000000041010

APP : Mastercard

ABDELTIF EL IDRISI

xxxxxxxxxxxx8520

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 CONSERVER
COPIE CLIENT