

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

- 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° W21-774297

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13330 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : OUIHRAALI Abdelhakim
 Date de naissance : 06/06/1996
 Adresse : A-t Alouane, Souk Khmiss Dantes, Tinghir
 Tél. : 06 51 07 24 76 Total des frais engagés : Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2022
 Nom et prénom du malade : Hajar Bettisse Age : 24
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Des tifs
 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 : 02/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) : Hajar Bettisse

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
2/10/22	voir facture		3868,31	INP : 09121551
	n°: 159652			

EXECUTION DES FRAIS		MONTANTS DES FRAIS	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	2/12/22	800	

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	

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 canalaires, 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 : 02.12.2022

Mme. Hajar Benkiss

1/ Traugnil 500 } 7/8 8j-

2/ 8 (7j-)

3/ 3 (7j- } 7/8 06j-

29.00

4/ Masechi 2p

800.00 15 min out 2/3

3/ enzol 20j

1 pit de met

4/ Brofar 56 P

1/2 to 1/2 M 1/2

MS CS ORL



 Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00


6 118001 183340

 728860

لا يخضع لوصفة طبية.
Médicament non soumis
à prescription médicale.

LOT : 9067
UT. AV : 05 - 24
P.P.V : 29 DH 00


Nauselium[®]
Dompéridone

Flacon de **200** ml

1 mg/ml

68x64x145

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 159 652 / 2022 du 02/12/2022

Nom patient : BENTTISSE HAJAR

Entrée 02/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIO IRM	1,00		3 500,00	3 500,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	3 800,00
PHARMACIE	1,00		68,31	68,31
			Sous-Total	68,31
Total Frais Clinique				3 868,31

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE HUIT CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS TRENTE ET UN CENTIMES

Total 3 868,31

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	68,31	3 800,00	3 868,31	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
contact@hckm.com

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BENTTISSE HAJAR	N° Facture 159 652	2200602177
--------------------------------------	---------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20mg Injecta (05)	1	10,18	10,18
CLOPRAME 10mg Injecta (10)	1	2,23	2,23
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1	29,90	29,90
PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)	1	15,02	15,02
Sous-Total médicaments			57,33
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,44	1,44
INTRANULE G 20	1	1,95	1,95
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,86	5,86
SERINGUE 10ML	1	1,56	1,56
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,17	0,17
Sous-Total consommable médical			10,98
Total pharmacie			68,31

Hôpital Général Nicolas ION Laro
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm-hcl.fr
 N° INF 00005186

Casablanca, le 02/12/2022

COMPTE RENDU

Je soussigné, Bentiss HAJAR Certifie avoir examiné

M/Mme Bentiss HAJAR Le : 02/12/2022

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de vertiges avec évanouissements

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM Angio
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

: Bent Tisse Hajar

Casablanca le

: 02/12/2022

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☒ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM : Angio-IRM cérébrale

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences



CASABLANCA, le 12/2/2022

PATIENT : BENTTISSE Hajar

ANGIO-IRM CEREBRALE

INDICATION : Vertiges, acouphènes, céphalées depuis 5 jours / Absence de déficit S-M.

TECHNIQUE : Acquisitions avec une IRM 1.5 par des coupes dans les 3 plans en séquences de diffusion, T1, T2, Flair, 3D TOF et EG sans injection du produit de contraste avec séquence 3D Fiesta centrée sur le CAI.

RESULTATS :

- **A l'étage sus tentorial :**
 - Absence d'anomalie morphologique ou de signal de la substance blanche et de la substance grise.
 - Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
 - Structures médianes en place.
 - Absence de processus expansif intracrânien.
- **A l'étage sous tentorial :**
 - Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
 - V4 en position médiane non dilatée.
 - Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.

CONCLUSION :

Aspect IRM cérébrale sans anomalie.

Signé : **Dr BOUKNANI – Dr MNIAI**

Pr. Hajar Benttisse
Rég. N° 123456789
Fondation Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Casablanca, Maroc



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : BENTTISSE HAJAR		
Chambre : NA		
Médecin traitant	AIT ACHOUR MED AMINE	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	02/12/2022	
Date sortie	02/12/2022	18:13
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : HIC.ELAS 02/12/2022 18:15 2200602177		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
mail: contact@fckm-hck.ma
IMP 09006186

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2212021415227510 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200602177	BENTTISSE HAJAR	02/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	11502	3 800,00
PAYANT	Total payé	3 800,00
TROIS MILLE HUIT CENTS		

Reçu établi par : HIC.ELAS



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
F.O. 825 P.O. BOX 825 RECHENCHÉ

02/12/22

13:50.54

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

VISA

OUHRAALI ABDELHAKIM

477923*****7726

02/23 CARTE NATIONALE

620-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173186

Num Transaction : 000004

Num Autorisation : 0E1403

Num STAN : 011502

MONTANT : 3800,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 02 / 12 / 2022

Quittance - Paiement espèces 0731760

IPP :

N° D'admission : 2200602977 Montant : 68,31

Patient : BEN TISSE HAJAR

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm-hck.mr
S. P. 1410 00061862