

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

- Reclamation : 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 Aïtali Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-473046

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6501 Société : RAW

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAKICAL / BRATHIM

Date de naissance : 03/01/1962 CAS

Adresse : ESCALE RAY

0022465410307 Total des frais : 531,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Colonne vertébrale fonctionnelle

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 : CAS le : 25/10/19

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
12/11/12	F125730/1	1	45,8	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

12/11/12 F125730/14

Dr. Mehdi Mohamed El Habbou
Hospital Creikh Khalfan Ibn Zaid
Urgentiste
529 83 53 44
2000 44
hmedick.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie APPROCHD Kenza ER-RAFAI Docteur en Pharmacie Mosquée Fatna Bokchane CASABLANCA T - 03.89.39.89	$\begin{array}{r} 12 \\ 10 \\ \hline 210 \end{array}$	122,70

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Pharmacie ER-RAFAI
Docteur en Pharmacie
2et3 - Mosquée Fatma Bokchane
Nassim - CASABLANCA
Tel : 0522.89.39.89

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

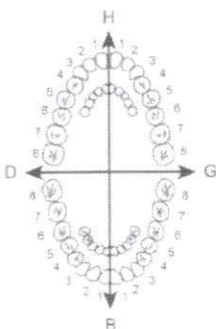
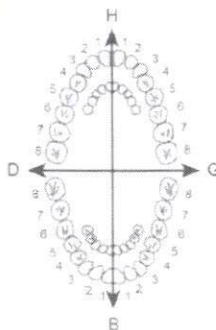
Montant détaillé
des Honoraires

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse.			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
The diagram shows two dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The lower arch also has teeth numbered 1 through 8 on each side. A vertical arrow labeled 'H' points upwards towards the upper arch, and another vertical arrow labeled 'B' points downwards towards the lower arch. Horizontal arrows labeled 'D' and 'G' point outwards from the center of the arches.	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35523411 11433552 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.	MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

21433552

10

- 6 -

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE 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 :

12/10/19



1900127018 / H0119037462

Prénom : Brahim

Nom : BAKKAL

DDN : 03/01/1962 E: 12/10/2019

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

1) Oculos 2mg
3000 mg



x 7

2) Migas 80mg
34.40 mg



3) Balthusol
6330 2x1



Pharmacie ABRCCHD
Kenza EL RAFAI
Docteur en Pharmacie
2et3 - Mosquée Fatna Bokchane
Nassim - CASABLANCA
Tél: 0522.89.39.89

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOU
Urgentiste



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste



asfon[®]

Phloroglucinol

80 mg

: 8213
/ : 10-20
34 DH 40



mpprimés orodispersibles
e orale

Ingrédients

Charbon végétal activé (162 mg),
gélatine, dioxyde de titane.

Conseils d'utilisation

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau,
3 fois par jour à distance des repas,
en complément d'une alimentation variée et
équilibrée. Renouveler les prises en fonction
des sensibilités individuelles.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Complément alimentaire n'est pas médicament.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT: 190228
DLUO: 05/2022
63,30DH

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique
148-147, Zone Industrielle
Tl Meli - Casablanca

LOT 181035
EXP 02/2021
PPV 30.00DH

Coller Etiquette De BAF



1900127018 / H0119037462

Prénom : Brahim

Nom : BAKKAL

DDN : 03/01/1962 E: 12/10/2019

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Dr. Benbou Samir

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : *Abdominal*

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste



090064862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 125 730 / 2019 du 12/10/2019

Nom patient : **BAKKAL BRAHIM**

Entrée 12/10/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/10/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		103,80	103,80
			Sous-Total	103,80
Total Frais Clinique				403,80

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
QUATRE CENT TROIS DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES	Total 403,80

Encaissements					Total encaissé	Solde
						403,80

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 12/10/2019
 N° 125 730 / 2019
 N° INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 12/10/15

0417838

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 403,80 DH

Patient : BAKKAL BRAHIM

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 37 03 53 45
Fax : 05 37 00 44 37
E-mail : hck@hck.ma
N° AP 09081862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 125 730 / 2019 du 12/10/2019

Nom patient : **BAKKAL BRAHIM**

Entrée 12/10/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/10/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		103,80	103,80
			Sous-Total	103,80
Total Frais Clinique				403,80

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT TROIS DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES

Total 403,80

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	403,80				403,80	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 58 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hckm.hck.ma
 N°INP 090061862

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

18/10/2019

15:39

Nom Patient : **BAKKAL BRAHIM**Numéro dossier : **1900127018**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
11/10/2019	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	737244	2,00	29,90	59,80
11/10/2019	SPASFON 40mg Injecta (06)(1)	737244	2,00	3,43	6,86
11/10/2019	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	737244	1,00	1,39	1,39
11/10/2019	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	737244	1,00	5,20	5,20
11/10/2019	INTRANULE G 20	737244	1,00	1,82	1,82
11/10/2019	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	737244	1,00	14,10	14,10
11/10/2019	SERINGUE 10ML	737244	1,00	0,84	0,84
11/10/2019	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	737244	1,00	6,54	6,54
11/10/2019	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	737244	1,00	4,99	4,99
11/10/2019	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	737244	1,00	0,44	0,44
11/10/2019	INTRANULE G 20	737245	1,00	1,82	1,82
Total pharmacie					103,80

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hckm.hck.ma
 N° INP 0000000000