

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Prothésiste 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0025889

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823 Société : F

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOLLANE KHADIJA

Date de naissance : 1-01-1955

Adresse : LOT. AL MOUNTAZAH n°106
AIN DIAB

Tél. : 0668833889 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOLLANE KHADIJA

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

Nature de la maladie : Rupture ligamentaire à l'ALB

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) :



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
13/09/19			300 DH	Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Dr AL IDRISSI Najib Fonctionnaire Assistant Orthopédie-Traumatologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/19	1238,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.09.19	Rx rachis cervical Rx Epauls Rx Poignets Supplément	79000 DM

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 00000000 G 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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

13/08/19
 Dr AL IDRISSEI Najib
 Professeur Assistant
 Orthopédie-Traumatologie
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

BOULANE

Khalifa

E-mail : www.hck-fckm.ma
 Tél : (+212) 0529004466
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

① Pro rachis cervical - F

② Pro epaule gdr - F (3-4-5-6-7-8-9-10-11-12)

③ Pro poignet gdr - F

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Dr AL IDRISSEI Najib
 Professeur Assistant
 Orthopédie-Traumatologie

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oud Rabi Casablanca • Maroc
 Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

70058199/DO-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

P



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

C

70058199/DO-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
بجدة

70058199/DO-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

13/08/17

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr AL IDRISI Najib
Professeur Assis
Orthopédie-Traumatologie



PHARMACIE RAIS

Khalifa

193.60 x6

① Fosavance 700

27.70

② Vitamine C 1000

49.60

③ Drame 1000

= 1238.90

PHARMACIE RAIS
62, Rue de la Mer
Ain Diab - Casablanca
Tél: 05 22 44 81 52

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabih Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

ان سرفا



20 قرصا فاسفا

(فيتامين سي)

1000[®] فيتا

Vita C 1000[®]

PPV 27DH70

EXP 10/2021
LOT 89022 4

COM
Excess
arthr
Acid
EXCIPIENTS
Sodium : 307 mg par comprimé
Saccharose : 441,5 mg par comprimé
Colorant jaune orangé S (E 102)
POSOLOGIE : Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans
La posologie est de 1 comprimé par jour, de préférence un verre d'eau.
AMM N° 02DM721
Médicament à prescription médicale. Remarque : 27, rue des Ombres, Casablanca, Maroc

6 118000 052076

N02220MA03118
09/08/2018



3 أمبولات للشرب

د-كيره قوي

كوليكا السيفيرون 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

PPV: 49,60 DH
LOT: 19E15/B
EXP: 05/2022

F A C T U R E

N° 112 135 / 2019 du 13/09/2019

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Entrée 13/09/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total

300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 E-mail: contact@ckim.hel
 N° INP 090061862
 29 03 53 45
 29 00 44 77

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 1909130858262850, / 1 / 0

- Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900113474	BOULANE KHADIJA	13/09/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	10373	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMAJAF

Centre
Monétique
Interbancaire13/09/19 09:00:24
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
CasablancaA0000900032010
APP : Visa /KHAD.M
BOULANE
xxxxxxxxxxxx1089
02/22 CARTE NATIONALE
1CEC371E66E891CF
620-0-9999-1-44MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 003747
STAN : 010373

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Casablanca , le 16/09/2019

PATIENT : BOULANE Khadija

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poignet F+P**

Rx MAINS FACE ET PROFIL

Déminéralisation osseuse diffuse en faveur d'une algodystrophie

Fracture consolidée de l'extrémité inférieure du radius

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Rami**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
RAMI AMAL
Professeur Assistant
Radiologie
0911881134

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 113 137 / 2019 du 16/09/2019

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Entrée 16/09/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du rachis cervical sous u	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
- Radiographie de l'épaule sous une inc	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	3,00		50,00	150,00
- Radiographie du poignet sous une incid	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	790,00
Total Frais Clinique				790,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SEPT CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS	Total 790,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			790,00		790,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tel : (+212) 0529004466
Email : www.hck.fckm.ma