

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-603038

56092

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR SI ELHASSANE

Date de naissance : 26/11/1967

Adresse : N°4 RUMAY ALWDS3
LISSAKA CASA

Tél. : 066145687 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 11/01/2011

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Pratique l'opération Guillemer

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 : CASA

Le : 16/01/21

Signature de l'adhérent(e) : 

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

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
18/10/2012	Consultation	1	1000	NF : Dr. Cneikh Khalifa Ibn Zaid Professeur Assistant Orthopédie-Traumatologie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/09/21	128,00

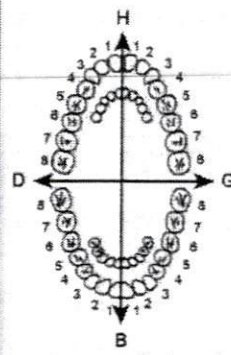
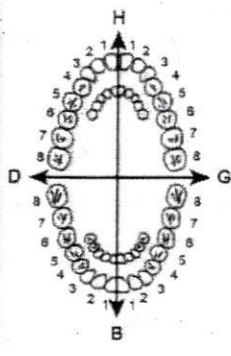
[illegible][illegible]

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 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								
ODF 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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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



2100292100 / H0120028488

Prénom : Si elhassane

Nom : JAAFAR

DDN : 26/11/1967 E: 11/01/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le :

K

URGENT
URGENT
URGENT

P. O. S. K. IDROSSI

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

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



Coller Etiquette De RAE



2100292100 / H0120028488
Prénom : Si elhassane

Nom : JAAFAR

DDN : 26/11/1967 E: 11/01/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

traumatisme

chute

sur membre sup gauche

• RADIO STANDARD : coude gauche + poignet gauche

☒ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences



Cc



DAF

2100292100 / H0120028488
Prénom : Si elhassane

Nom : JAAFAR

DDN : 26/11/1967 E: 11/01/2021
Service : URGENCES (NA)

Nom et

Casablanca

PAYANT
Sexe: M

BILAN DIAGNOSTIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD : *coude gauche*

☐ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

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



071153902



Casablanca , le 12/01/2021

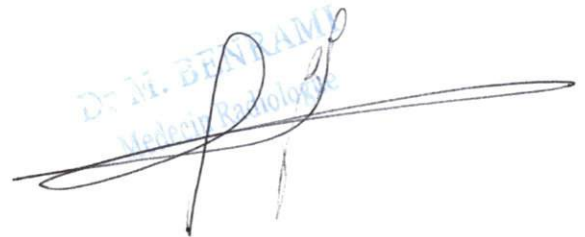
PATIENT : JAAFAR Si elhassane
MEDECIN TRAITANT : Dr N. EL IDRISI
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Coude gauche P**

Résultat:

- Respect de la minéralisation osseuse.
- **Contrôle après réduction de la luxation du coude.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**


D. M. BENRAMI
Médecin Radiologue



Casablanca , le 11/01/2021

PATIENT : JAAFAR Si elhassane
MEDECIN TRAITANT : DR N. EL IDRISI
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Coude + Poignet gauches F/P

Résultat:

RX Coude gauche F/P

- Respect de la minéralisation osseuse.
- **Fracture de l'apophyse coronoïde avec luxation de l'articulation du coude.**

RX poignet gauche F/P

- Respect de la minéralisation osseuse.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique nettement décelable.
- Respect des interlignes articulaires

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 2663 / 2021 du 12/01/2021

Nom patient	JAAFAR SI ELHASSANE	Entrée	11/01/2021
	PAYANTS	Sortie	12/01/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Radiographie du coude sous une incidence	2,00		180,00	360,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémentaire	2,00		50,00	100,00
- Radiographie du poignet sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
K20	20,00	K20	45,00	900,00
			Sous-Total	1 840,00
PHARMACIE	1,00		156,84	156,84
			Sous-Total	156,84
Total Clinique				1 996,84

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 996,84
MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATRE CENTIMES		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 45
 E-mail: contact@hckm.hck.ma
 www.hckm.ma
 090061862

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

12/01/2021

01:13

Nom Patient : JAAFAR SI ELHASSANE

Numéro dossier : 2100292100

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
11/01/2021	INTRANULE G 22	998018	1,00	1,82	1,82
11/01/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	998018	1,00	5,69	5,69
11/01/2021	SERINGUE 10ML	998018	1,00	0,84	0,84
11/01/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	998018	1,00	1,21	1,21
11/01/2021	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	998018	1,00	6,54	6,54
11/01/2021	ANDOL 1g Injecta (01)	998018	1,00	18,80	18,80
11/01/2021	BANDE DE CREPE 15CM	998023	2,00	8,97	17,94
11/01/2021	ECHARPE AVANT BRAS	998025	1,00	104,00	104,00
Total pharmacie					156,84

Spécialité Pharmacie
TEL: 05 29 03 83 45
Fax: 05 29 03 83 45
E-mail: contact@fckm.hck.ma
www.fckm.ma