

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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° P19-0008526

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)


☐ Autre :

Nom & Prénom : BOLLANE Date de naissance : 1.01.1955

Adresse : 106 LOT AL MOUNTAZAR Ain DiAB

Tél. : 06 68 833 889 Total des frais engagés : 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 :

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
03/06/19	e			Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Dr AL IDRISI Najib Professeur Assistant Orthopédie-Traumatologie 02:153902

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DUO PHARMACIE RAIS Résidence 10/06/19 Magasin 10/06/19 0522 81 08 53	10/06/19	250,00
PHARMACIE RAIS 62 Rue de la Mer Baltique Casablanca 05 22 79 81 59	23-06-19 17/06/19	143,00 667,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Service Radiologie Tél: (+212) 0522 900 000 E-mail: www.hck-fc	23/06/19	Rx du poignet - 230011	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 d

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
			MONTANTS DES SOINS														
	(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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/06/19

Boudat
Hachimi

143.00.

①

08/06/19

1/2p cat mtr
1/2p 1/2p 1/2p

PHARMACIE RAIS
Ain Diab - Casablanca
Tél : 05 22 79 81 52

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Professeur Assistant
Orthopédie Traumatologie
0711533902

OSTÉO24

INGRÉDIENTS

OSTÉO 24 Calcium

Édulcorant : sorbitol ; minéral : carbonate de calcium ; maltodextrine ; arôme naturel orange ; anti-agglomérant : sels de magnésium d'acides gras ; vitamine D3.

OSTÉO 24 Magnésium

Agent de charge : sorbitol ; minéral : oxyde de magnésium ; anti-agglomérant : sels de magnésium d'acides gras ; vitamines B6 et B2.

OSTEO24

PVC : 143,00 DH

Calcium

Ca

INNOVATION

OSTÉO 24

Magnésium

Mg

REMINÉRALISANT OSSEUX

LABORATOIRES 

20 comprimés
Magnésium

OSTÉO 24 Calcium

Analyse nutritionnelle

Valeur énergétique

Protéines

Glucides

Lipides

Vitamine D3 (50% des ARI*)

Calcium (15% des ARI*)

*Apports journaliers Recommandés (ARI)

Pour 1 comprimé

1,5 kcal / 7,5 kJ

0,0 g

0,45 g

0,0 g

2,5 µg

120 mg

OSTÉO 24 Magnésium

Analyse nutritionnelle

Valeur énergétique

Protéines

Glucides

Lipides

Vitamine B2 (57,1% des ARI*)

Vitamine B6 (71,40% des ARI*)

Magnésium (40% des ARI*)

*Apports journaliers Recommandés (ARI)

Pour 1 comprimé

1,5 kcal / 5 kJ

0,0 g

0,45 g

0,0 g

0,8 mg

1 mg

150 mg



Fabriqué en France



3 700180 022232

OSTEO24BET3

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

18/06/19

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

Dr. Alane Khadja

33.72

profenid cp

S.V.

Up 7

52.8

Praxyl 2mgly

S.V.

1.93.623

fosavance 30mg

S.V.

667.60

Up / sumant / 3mg

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



24 Gélules
Profenid® 50 mg

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS
A conserver à une température inférieure
ou égale à 25°C et à l'abri de l'humidité

احفظ الدواء في مكان آمن
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Uniquement sur ordonnance - Tableau C

Profenid® 50 mg

33,90



Profenid®
50mg
Voie orale
24 Gélules

Kétoprofène



sanofi aventis

Profenid® 50mg
Kétoprofène

Voie orale

24 Gélules



Composition : Kétoprofène 50 mg

Excipients : lactose, stéarate de magnésium, oxyde de fer
jaune (E 172), dioxyde de titane (E 171), gélatine, pour une
gélule.

Liste des Excipients qui ont un effet notoire : lactose.
Lire attentivement la notice avant utilisation.



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



PPV : 52DH80
PER : 08/21
LOT : H2233-5

Prazol[®] 20mg
oméprazole

Voie orale

b bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

14 gélules

Microgranules gastro-résistants

Prazol[®] 20mg
oméprazole
14 gélules

علاج
الحموضة
بالتفصيل



FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Merrck Sharp & Dohme Ltd.
Hertford Road, Hoddesdon
Hertfordshire EN11 9BU
Royaume-Uni
EU/1/05/310/007



S 000456

03-2020



Prenez un comprimé une fois par semaine.

Cochez le jour de la semaine le mieux adapté à votre programme :

JE	VE	SA	DI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70058199/00-1
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

70058199/00-1
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

70058199/00-1
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

comprimé contient 70 mg d'acide
urique (sous forme monosodique trihydraté)
microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol
(ne D₃).

server dans la plaquette thermoformée d'origine
de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

70035860
00-2
6746
. 6

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

10/6/20

Bondane Khajiy

on this project

John

250,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

~~Dr AL IDRISI~~ Najib

Professeur Assistant

Orthopédie-Traumatologie





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr AL IDRISI
Professeur Assistant
Orthopédie-Traumatologie

[Handwritten text: hp projet zhu]
[Handwritten mark: F]
[Handwritten mark: V]

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr AL IDRISI Najib
Professeur Assistant
Orthopédie-Traumatologie
071153902



DUO MEDICAL

Equipelement Médical, Paramédical
Orthopédie, Appareil diabète,
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2019211

BOULANE KHADIJA

CASABLANCA

DATE	CLIENT	PAGE
10/06/2019	P004	1

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
CO-074	ORTHESE POIGNET	1	250.00	250.00	20.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

deux cent cinquante dirhams

DUO MEDICAL
Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9
Magasin N°9 Hay El Oulfa - Casablanca
Tél.: 0522 91 08 52 - 0522 91 08 53
GSM : 06 61 43 71 99

TOTAUX	NET A PAYER
H.T. : 208.33	250.00
T.V.A. : 41.67	



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34
+212 522 91 08 52
Fax : +212 522 91 08 53
Lhaj-hamid@hotmail.fr

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 70 529 / 2019 du 03/06/2019

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Entrée 03/06/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/06/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du poignet sous une incid	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	230,00
Total Frais Clinique				230,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX CENT TRENTE DIRHAMS	Total 230,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	230,00				230,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
N° 70 529 / 2019
Tel : (0242) 0529 004466
E-mail : www.hck.tcm.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 23 / 06 / 2019

Quittance - Paiement espèces

0379832

IPP :

N° D'admission : 1902271095 Montant : 230 DH

Patient : BOULANE KHADIRJA

Cachet



Casablanca , le 03/06/2019

PATIENT : BOULANE Khadija

MEDECIN TRAITANT :

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

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

Résultats:

Contrôle sous plâtre :

Fracture sus-articulaire de l'extrémité inférieure du radius.

Epaississement des parties molles du poignet.

Déminéralisation osseuse.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. MAHI Moutanabdi
Radiologue
03/06/2019

