

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon
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° W21-807617

205918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12722 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DARMAL Youness
Date de naissance : 01-03-1990
Adresse : lot El PATH2 NR 20 Sidi NAAROUF GASA
Tél. : 0616832740 Total des frais engagés : 584 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2024
Nom et prénom du malade : DARMAL Majd Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : fracture 2 os avant-bras DR
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute à la maison

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 : 20 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/03/2024 | AR | SS2, 96 | | INP : Professeur Assistant Chirurgie 01318721 |
| | no wlo | | | |
| | /2024 | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Ma Pharmacie 30 Bis, Fath II, Casablanca Tél: 05 22 78 62 05 | 09/03/2024 | 31,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

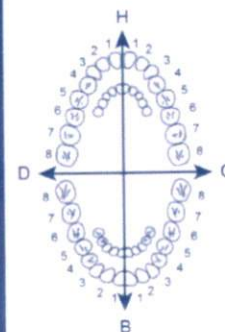
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

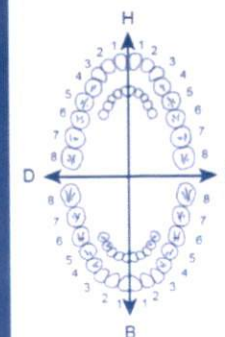
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الخليفة



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :



2400845730 / H0124007824

Prénom : MAJD

Nom : DARMAL

DDN : 14/11/2020 E: 08/03/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

Pr. ESSAMOUD SOUFIANE

Professeur Assistant - Chirurgie Pédiatrique



061318721

1) Doliprane 1500
9,70 1 suppo x 4

22,00
2 Niflural 400
1 suppo x 2

T=) 31,70

Ma Pharmacie
06 Bis, Fez El Sidj Maarouf
Casablanca - WCA
Tel: 05 22 78 62 05

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ESSAMOUD SOUFIANE
Professeur Assistant - Chirurgie Pédiatrique



061318721

DOLIPRANE

PPV 9DH70
PER 11/25
LOT M3997

0170

FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoires sécables
Doliprane 150 mg suppositoires
Doliprane 200 mg suppositoires
Doliprane 300 mg suppositoires

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE - ANTIPYRETIQUE
(N: Système nerveux central)

NIFLURIL

PAEDIATRIC

ENFANT

NIFLURIL

de l'Acide

qs q.s.p 1

PPV : 20DH60

EXP 04/2026
LOT 32031 2

تعليمين

ة بكمية
غرام

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 40450 / 2024 du 08/03/2024

| | | | |
|-------------|-------------|--------|------------|
| Nom patient | DARMAL MAJD | Entrée | 08/03/2024 |
| | PAYANTS | Sortie | 08/03/2024 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|-------------------|---------------|
| RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PROFIL | 1,00 | | 180,00 | 180,00 |
| CONSULTATION DE PEDIATRIE | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 480,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 72,96 | 72,96 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 72,96 |
| Total Clinique | | | | 552,96 |

| | | |
|--|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 552,96 |
| CINQ CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEIZE CENTIMES | | |

[Signature]

DECOMPTE PHARMACIE

2400845730

Nom patient :DARMAL MAJD Date sortie : 08/03/2024

| Produit | Quantité | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------|----------|---------------|---------|
| BANDE DE PROTECTION 10CM | 1 | 6,20 | 6,20 |
| BANDE DE RESINE 10X3.6M | 1 | 55,90 | 55,90 |
| BANDE JERSEY 5MX07 | 1 | 10,86 | 10,86 |
| Sous-Total consommable médical | | | 72,96 |
| Total pharmacie | | | 72,96 |

Handwritten signature and circular stamp.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



Casablanca, le 08/03/2024

PATIENT : DARMAL MAJD
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poignet F+P**
IPP : **H0124007824**
DATE NAISSANCE : **14/11/2020**
NUMERO DOSSIER : **2400845730**

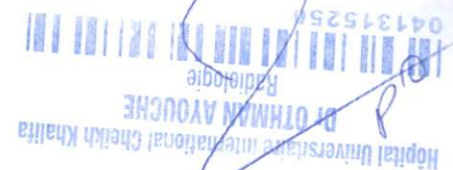
Rx DES DU POIGNET DROIT F/P

RESULTATS :

Fracture du 1/3 proximal des os de l'avant-bras gauche, avec légère angulation ulnaire.
Interlignes articulaires respectées.
Absence de signe de luxation.
Absence de lésion osseuse focale.
Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr. QECHCHAR**



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

se Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
P 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tel/Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC