

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 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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0018128

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9754 Société : 204011
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAMER SAID
Date de naissance : 1968
Adresse :
Tél. : 0677464495 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/04/2024
Nom et prénom du malade : Tamer yassmine
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Insuffisance de cœur type
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 30/04/2024
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
21-04	Voir la facture			
20-04	Consultation	1	6000	

<p>687, Angle Bd. Oued Sebou El Oulfa - CASABLANCA Tél: 05 22 90 50 09 - Fax: 05 22 90 83 97</p>		<p>EXÉCUTION DES ORDONNANCES</p>	
<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p>		<p>Montant de la Facture</p>	
<p>Date</p>		<p>Montant de la Facture</p>	
<p>10/04/24</p>		<p>54180</p>	

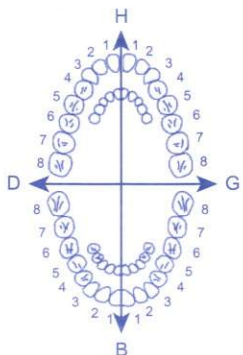
[illegible][illegible]

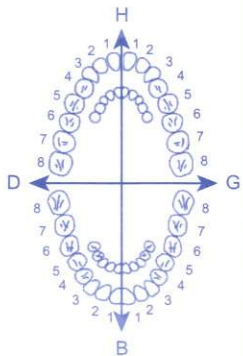
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

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 الشيخ خليفة



Nom : Yasmine 21/04/2024



2400866890 / H0124011995

Prénom : YASSMINE

Nom : TAMER

DDN : 16/10/2008 E: 21/04/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe : F

Casablanca, le :

LYS PHARMAS
TAHIRI-JOUTI
Docteur en
687, angle Bd.
et Rue 150,
CASA

LYS PHARMAS
TAHIRI-JOUTI
Docteur en
687, angle Bd.
et Rue 150, El
CASA

Coluto line

42.20
2 bouffes / 4h
2 bouffes / 8h

Lot
EXP
PPV
3T9Y
06 2025
42,20 DH

(2)
40.00

cotigred 20 mg
2cplj

PPV: 40 DH 00
PER: 02/27
LOT: N223

(3)
82.20

cutecc c p
1cplj

PPV: 82 DH 20
PER: 10/26
LOT: M3462

(4)
70.10

Nazair spray na
1 pulv. 2cplj

COOPER PHARMA
PPV: 70,10 DH
50 mg
Voie nasale

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casab
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

5

Saflu 125 mg

140.00

2 boffes

24

LOT: GB31454
PER: 06/2025
PPV: 140 DH 00

x 1 mois

6

AZix

500 mg

SV

74.80

hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Professeur ADJAME FATIMA
Pediatrie



PPV: 74 DH 50
PER: 02/27
LOT: N614

7

Aclav

1g SV sachet

92.80
71.54.80

sachet

LOT : 8718
PER : 11-25
P.P.V : 92DH50

LYS PHARMA SARL
TAHIRI-JOUH JAOUI
Docteur en Pharmacie
687, angle Bd. Oued Sakh
et Rue 150, El Oudja
CASABLANCA
Tél: 05 22 96 50 09 - Tél fax: 05 22 96 50 09

hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Professeur ADJAME FATIMA
Pediatrie



LYS PHARMA SARL
TAHIRI-JOUH JAOUI
Docteur en Pharmacie
687, angle Bd. Oued Sakh
et Rue 150, El Oudja

VERIFIE
DE CHAHRA

F A C T U R E

N° 61 508 / 2024 du 21/04/2024

Nom patient : TAMER YASSMINE

Entrée 21/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
NEBULISATION AVEC OXYGENE (PEDIATRIE/ HOPSI)	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Total 600,00

SIX CENTS DIRHAMS

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	600,00				600,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm-hck.ma
S社 1417 000061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 21/04/2024

Quittance - Paiement espèces

873778

IPP :

N° D'admission : 2600866820 Montant : 300

Patient : TAMER YASSMEINE

Payé par : TAMER SAID

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hikm.hdk.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 21 / 04 / 2024

Quittance - Paiement espèces

873779

IPP :

N°IMP 090061852
E-mail : contact@fckm.hck.ma
Fax : 05 29 00 44 77
Tél : 05 29 03 53 45

N° D'admission : 2400866890 Montant : 300,00 DHS

Patient : TAMER YASSINE

Payé par : TAMER SAID

Cachet

N°IMP 090061852
E-mail : contact@fckm.hck.ma
Fax : 05 29 00 44 77
Tél : 05 29 03 53 45
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

21/4/2024

Casablanca, le :



2400866890 / H0124011995

Prenom : YASSMINE

Nom : TAMER

DDN : 16/10/2008 E: 21/04/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Nébulisation
à la salbutamol
2cc + 6cc S/S

2cc

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur ADMAH
Pédicure