

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A REPOUR 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 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 065380

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018 Société : 37723
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mr SAROUTI Hassan
 Date de naissance : 09-01-1957
 Adresse : Rue 89 N°5 Dubettaone Hay Hassan Casablanca
 Tél. : 0662 250299 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 08/05/2020
 Nom et prénom du malade : Age : 63 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : plaie de l'avant-bras
 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 : Casablanca 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
08-05-2020	Van Rouché	1	544,84	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/05/2020	293,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC DM	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 07.05.2020.

Mr. Hassan SALOUTI

1) Ache 15 gulek
9300 S.V. 15 x 2 / j

LOT : 7699
PER : 01-22
P.P.V : 99DH00

2) SAT (Haiti).

3) Andol 15 g
1450 S.V. p x 31 j

(1 si Andol)

4) Sinis bakera à la fruitière

3970 15 / 2

14000

5) Sinis bakera

PHARMACIE DU PROGRES
EL GUERDJ
9, Place du 14 Novembre
Casablanca - Tel: 0522 22 05 09
Fax: 0522 20 12 00

39.00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Flabii

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

29320

NOVOPHARMA	LOT
UT.AV	P.P.V
	140.00



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 08-05-2020

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme SAROUTE HASSAN Le : 08/05/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de : plaie du droit Avec point de suture

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres : point de suture

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 44908 / 2020 du 08/05/2020

Nom patient	SAROUTI HASSAN	Entrée	07/05/2020
	PAYANTS	Sortie	07/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		141,84	141,84
			<i>Sous-Total</i>	141,84
Total Clinique				441,84

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	441,84
QUATRE CENT QUARANTE ET UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATRE CENTIMES		

[Signature]
HOPITAL CHEIKH KHALIFA
Mission Facturation

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

08/05/2020

23:14

Nom Patient : SAROUTI HASSAN

Numéro dossier : 2000207062

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
07/05/2020	COMPRESSE NON TISSE 5X5 (5 PIECES)	864039	1,00	0,78	0,78
07/05/2020	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	864041	3,00	5,14	15,42
07/05/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	864041	1,00	14,10	14,10
07/05/2020	SAT Injecta (01)	864041	1,00	29,00	29,00
07/05/2020	SERINGUE 1ML	864041	2,00	0,78	1,56
07/05/2020	LIDOCAINE ADRE LAP 2%10ml Injecta (01)	864041	1,00	6,20	6,20
07/05/2020	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	864041	1,00	2,96	2,96
07/05/2020	BANDE DE CREPE 10 CM	864041	1,00	6,30	6,30
07/05/2020	ETHILON CRINERCE 3/0 CT 3/8C19MM	864041	1,00	26,52	26,52
07/05/2020	SET DE SUTURE REF470258	864041	1,00	39,00	39,00
Total pharmacie					141,84

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facture