

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

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
N° M21- 0005920

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9561 Société : RAM 75730
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALI BEN MAHMOUD
Date de naissance : 01/01/1955
Adresse : 1015 ATADAMOU Rue 6 N°55 ORLA
Tél : 0673686702 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 : Cerveau de nef
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 : 24/06/2022
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
20/06	soir	fact	359,82	
25/21	no			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

20/06/21 1642

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 IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

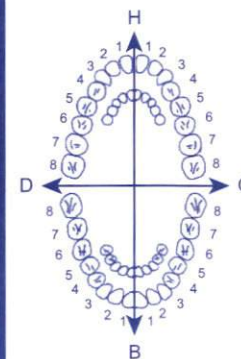
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

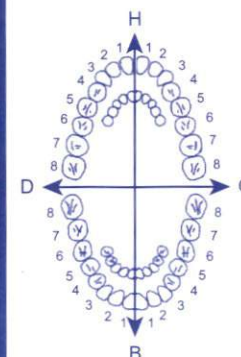
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
D 00000000 00000000
G 00000000 00000000
B 35533411 11433553

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



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

Casablanca, le :

23/06/2021



2100362497 / H0121017228

Prénom : MALIKA

Nom : AKOZDEM

DDN : 01/01/1963 E: 23/06/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

Lo : 3381
Mfg: 10 2020
EXP.: 10 2023
BIODDEX MAROC PPV : 63,20

LOT: 210127
DLUO: 02/202
99,00DH

1. Stresam 30mg. 1cp/j le soir pendant 7 jours
63, 2 fois 1cp/2j pendant 8 jours.
2. Relaxium 1cp le soir

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

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

23/06/2021

22:10

Nom Patient : AKOZDEM MALIKA

Numéro dossier : 2100362497

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
22/06/2021	INTRANULE G 20	1095532	1,00	1,43	1,43
22/06/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1095532	1,00	1,21	1,21
22/06/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1095532	1,00	0,55	0,55
22/06/2021	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1095532	1,00	29,90	29,90
22/06/2021	MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10)(1)	1095532	1,00	7,87	7,87
22/06/2021	SERINGUE 10ML	1095532	1,00	0,84	0,84
22/06/2021	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01)	1095539	1,00	12,73	12,73
22/06/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1095539	1,00	4,99	4,99
Total pharmacie					59,52

Admission Facture
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 74999 / 2021 du 23/06/21

Nom patient	AKOZDEM MALIKA	Entrée	23/06/21
	PAYANTS	Sortie	23/06/21

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		59,52	59,52
			<i>Sous-Total</i>	59,52
Total Clinique				359,52

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS CINQUANTE-DEUX CENTIMES	Total 359,52

[Signature]
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Admission Facturation

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : AKOZDEM MALIKA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	AIT ACHOUR AMINE	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	23/06/21	
Date sortie	23/06/21	22:08
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : ABD.KAR 23/06/21 22:11 2100362497		

(Handwritten signature)

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission-racturation
Admission-racturation



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 30/01/2024

Quittance - Paiement espèces

0581766

IPP :

N° D'admission : Montant : 359,02

Patient : ALHOZDEH - NALIC

29

Cachet

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
Cheikh Khalifa
Admission - Régularisation