

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 Meilleurs 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.

Nº M21- 062137

80085

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9780

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERHAA, Noureddine

Date de naissance :

23/03/1968

Adresse :

37, Bd Ben Yakkak 20000 Casablanca

Tél. :

06 21 20 45 45 Total des frais engagés : 291 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 : Casablanca

Le : 03/08/21

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE 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
15/07/21	Visite de suivi			
15/07/21	Nettoyage			
15/07/21	Examen			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CLINIQUE Boulevard de la République 135 Route d'Avignon 84110 Tél. 04 90 38 63 50	15/07/21	2941

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical line labeled 'D' is on the left, 'G' on the right, and 'B' is at the bottom center. A horizontal line labeled 'H' is at the top center. A small circle				

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

15/07/2021

PPV: 22DH20  
PER: 03/23  
LOT: K742



2100372616 / H0121019634  
Prénom : WASSIM  
Nom : BERRADA  
DDN : 19/06/2002 E: 15/07/2021  
Service : HOSPI 5 (C250)

PAYANT  
Sexe: M

22.00

1/ Aufmarten 15 (2) (2)  
Nord x 3

PHARMACIE BENZI  
Bouchara BENZI  
Route Azezzar  
Tél: 05 22 11 11  
km 15,5 Dar Boudzaa  
Casablanca  
Nature & Santé

PPU: 222,00 DH  
LOT: 645516  
PER: 06/22

49,80

2/ flagyl 500 (2) (2)  
Nord x 20

22.00

3/ Codolipex (100) (2)  
Nord x 30

foraine

Hôpital Universitaire International  
Pl. Ass. CHAIBOUNI  
Tramato-orthopédie

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 85487 / 2021 du 15/07/2021

Nom patient	<b>BERRADA WASSIM</b>	Entrée	15/07/2021
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	15/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation initiale d'urgence en salle de déchocage	1,00		250,00	250,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	450,00
PHARMACIE	1,00		47,79	47,79
			<i>Sous-Total</i>	47,79
<b>Total Clinique</b>				<b>497,79</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX-SEPT DIRHAMS SOIXANTE-DIX-NEUF CENTIMES	<b>Total</b>	<b>497,79</b>



## Reçu de caisse

N° : 21071520294158701 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100372609	BERRADA WASSIM	15/07/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	9712988 // BMCE BERRADA NOUR EDDINE	497,79
PAYANT	Total payé	497,79
QUATRE CENT QUATRE-VING		

Reçu établi par : ABD.AZH

Mr. INP 090061862  
Fax : 05 29 00 44 77  
Email : contact@hckm-hck.men  
Tél : 05 29 03 45 77  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
N° 1111, Avenue Hassan II, Casablanca, Maroc

## LISTE DES PRODUITS CONSUMMÉS PAR LE PATI

## BERRADA WASSIM

2100372609

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1109791								
15/07/2021 BANDE DE CREPE 20 CM	1109791		1	0	10.14	10.14	URGENCES	C
15/07/2021 CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (0)	1109791		1	0	14.10	14.10	URGENCES	C
15/07/2021 COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET	1109791		3	0	2.60	7.80	URGENCES	C
15/07/2021 COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT	1109791		1	0	1.21	1.21	URGENCES	C
15/07/2021 ELECTRODE ECG ADULTE/ENFANT	1109791		3	0	0.78	2.34	URGENCES	C
15/07/2021 INTRANULE G 18	1109791		1	0	1.82	1.82	URGENCES	C
15/07/2021 PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINE	1109791		1	0	4.99	4.99	URGENCES	C
15/07/2021 SERINGUE 10ML	1109791		1	0	0.84	0.84	URGENCES	C
<b>S/total Produit</b>			<b>12</b>	<b>0</b>		<b>43.24</b>		
1109793								
15/07/2021 ALESE 60X60CM	1109793		1	0	4.55	4.55	URGENCES	C
<b>S/total Produit</b>			<b>1</b>	<b>0</b>		<b>4.55</b>		
<b>Total consommation</b>						<b>47,79</b>		