

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

N° M21- 062137

80085

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9780 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERHAN, JOUREDAINEB

Date de naissance : 23/03/1968

Adresse : 37, Bd Abd EL KADIR ABT 2, NISSIM

Tél. : 66226500 Total des frais engagés : 791 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 : 2 cas de le ma

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) :

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
15/07/21	Van 600000	1	600000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

19/07/21

294,00

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 :

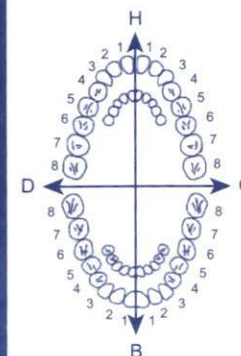
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

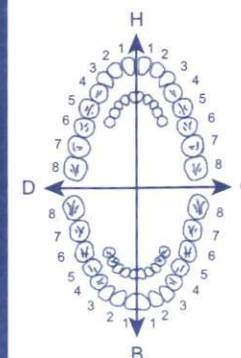
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

15/07/21



2100372616 / H0121019634

Prénom : WASSIM

Nom : BERRADA

DDN : 19/06/2002 E: 15/07/2021

Service : HOSPI 5 (C250)

PPV: 22DH20

PER: 03/23

LOT: K742



PAYANT

Sexe: M

222,00

1/

Augmentine



(20)

1/2 x 3

PHARMACIE BENZIT
Boulevard Azenm
Route 05 22
Tél: 05 22
KEM IN
Nature & Santé
Pharmacie
Km 1,5 Dar Boudza
Casablanca
36 882

49,80

2/

Flagyl



(20)

1/2 x 3

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

22,20

3/

Codolipran



(20)

1/2 x 3

294,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
PLACES CHAQUEVINGE
Traumatologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 85487 / 2021 du 15/07/2021

Nom patient	BERRADA WASSIM	Entrée	15/07/2021
	PAYANTS	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
Total Clinique				497,79

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


 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54
 Email : contact@hckm-hck.ma
 N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2107152029415870 / 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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckim-hck.ma
N° INP 090051862

LISTE DES PRODUITS CONSOMMÉS 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 1	1109791	3	0	2.60	7.80	URGENCES	C
15/07/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	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 ROBINET	1109791	1	0	4.99	4.99	URGENCES	C
15/07/2021	SERINGUE 10ML	1109791	1	0	0.84	0.84	URGENCES	C
S/total Produit			12	0		43.24		
1109793								
15/07/2021	ALESE 60X60CM	1109793	1	0	4.55	4.55	URGENCES	C
S/total Produit			1	0		4.55		
Total consommation						47,79		