

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.

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.

Prothésaire :

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

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- 0018847

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 209 Société : 91250

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bourroja Saadun

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : Affection chronique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
27/09/21			387,30	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/09/21	387,30

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	
	27/09/21					320,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>									
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

07/09/2014

Bouazza Sadcha

54,66

1) Mefsal 7,5
1cp / j pcl 7j



53,10

2) Relaxol 500
1cp 3x/j



28,80

3) utanevriol
1cp 3x/j



52,00

4) Prazolol 1cp/j



198,00

5) Nociaplot
1app 2x/j



T=38730

20-227, Zouagui, Casablanca
Rochebelle Pharmacie
ZEKRI Abdelhak
Casablanca - Tél: 0522 90 51 13
ICE: 002291220000071

0917777777
091214763
PR. ASSISTANT
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Neurologie

54,60

LOT: 21E004
PER: 12 2023

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V.: 53DH10



PPV

LOT

PER

23,80



PPV: 52DH80
PER: 08/23
LOT: K366-1

LOT

PVC: 198.00DH



C139
2024-05

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV. 2021/01/C

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

27/09/2012

Bourazza Saadia

32,00 Lombostat

STERITOP sarl

Lot. Chahid. 352 Bd Dourou
El. ouffa Casablanca
• Tél : 05 22 01 38 93
ICE : 00007958700089

09124163
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASSISTANT, ÉDUCATEUR
MÉTROPOLITAINE
CASABLANCA

وصفة طبية
Ordonnance

071051M

Casablanca, le :

Cher confrère
Cetty - mi de nos
SAADDA BOUKOUZ A fig de 16 ans
diabétique qui présente des
pintons blancs
pour l'insuline pour 16 ans



STERITOP. Sarl

vente des produits medicaux et dentaires
vente du materiel medical

TEL:0522913893 GSM:0662011873

ICE : 000079587000089

Mme BOURAZZA SAADIA

Référence :

Référence complémentaire

CASABLANCA

BL2583

Facture N° FA002265

le, 27/09/21

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT	*
BG419STD	CEINTURE LOMBAIRE 32 CM	1,00	266,67		266,67	TF

Code	Base	Taux	Montant	Total HT	Escompte	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
TF	266,67	20%	53,33	266,67	0,00	320,00	0,00	320,00
Total	266,67		53,33					

Trois cent vingt Dirhams

Conditions de règlement : 320,00 CHEQUE 27/09/21

STERITOP sarl
Lot. Chahdia, 353 Bd Daoura
El Oulfa Casablanca
Tel : 05 22 91 38 93
ICE : 000079587000089

Adresse: **LOT CHAHDIA N*353 BD DAOURA EL OULFA 2020 CASABLANCA**
Télécopie : 0522913893 / 0662011873 / 0662047797 Courriel : STERITOP17@HOTMAIL.COM

CNSS : 6619540 IF 2200190

RC : 125251 PATENTE 37986554 ICE : 000079587000089



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date 24/09/2021

Quittance - Paiement espèces 0608648

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,00 DH

Patient : Bouazza Zaidia

Cachet



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 115 148 / 2021 du 27/09/2021

Nom patient : **BOUROUZA SAADIA**

Entrée 27/09/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de neurochirurgie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS			

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Consultation Chirurgie
 Hospital Universitaire International
 Cheikh Khalifa Ibn Zaid

P. FLIYOU