

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.

Prothèse 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

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 : Bouraza 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	Consultation chirurgie		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Wilaya 20-22-24 Bd Oued Mouloua El Oudja Casablanca - Tél: 0522.90.51.11 Fax: 0022912200000	27/9/21	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	
STERUTOP S.A. 101 Chemin de la 353 Rd Dioura Casablanca - Tél: 0522.41.23.93 Fax: 0000000000000000	27/9/21					32,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 :

07/09/2012

Bouazza

Sacha

54,66

1) Mefsal 7,5

1cp / pcl 7j

53,10

2) Relaxol 500

1cp 3x/j

28,80

3) utanevril

1cp 3x/j

52,60

4) Praxol 1cp

198,00

5) Nociaplot

1app 2x/j

T=38730

54,60

LOT: 21E004
PER: 12/2023

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V: 53DH10



PPV

LOT

PER

28,80



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 Lombotat

STERITOP sarl

Lot. Chaouat, 352 Bd Daouda
EL. oulfa Casablanca
• Tél : 05 22 01 38 93
ICE : 000079587000089

0912 4163
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant EL OUAH EL YAOU

وصفة طبية **Ordonnance**

07/07/12

Casablanca, le :

Cher confrère
 Je t'envoie la note de
 SAADIA BOUCOUT A l'âge de 16 ans
 de diabète qui pose des
 problèmes fréquents
 pour l'instant



STERITOP. Sarl

vente des produits médicaux et dentaires
vente du matériel médical

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 20200 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 : Bourouza Sarahia

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
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurochirurgie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

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

(Signature)
 Consultation Chirurgie
 Hôpital Université Internationale
 Cheikh Khalifa Ibn Zaid

P. FLIYOU