

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.

Educations :

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 :

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° P19- 0040630

N.D: 31634

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2057 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : SAOUI TAWAD

Date de naissance : 22/06/1953

Adresse : Résidence Firdaous - CASABLANCA

Tél. : 06 61338761 Total des frais engagés : 8760,33 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. J. BERRADA
Anesthésie réanimation
Clinique Yasmine

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SAOUI TAWAD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie Respiratoire

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 : 08 / 07 / 2020

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
26/06/20	voir la facture			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

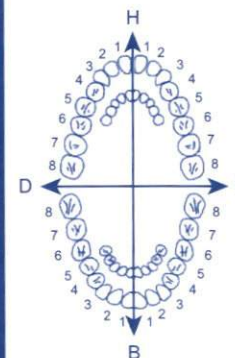
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

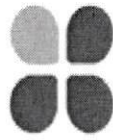
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



Casablanca Le: 01/07/2020

Facture N° 2598/20

Elablie par SAMIRA BAF/CAISSE Page 1/1

Identification

N° Dossier : P0F26557

N° Identifiant : 191215549/19

Nom & Prénom : SLAOUI JAWAD

C.I.N. : B117218

Date Entrée : 26/06/2020

Date Sortie : 01/07/2020

Adresse :

Traitement : Hospitalisation

Médecin : AMRANI HANCHI SAIDA

Prestations

Qté

Prix U.

L.C.

Coef

Montant

SEJOUR

Hospitalisation en soin intensif	4	1 000,00			4 000,00
Total Rubrique :					4 000,00

REANIMATION

Reanimation	1	1 800,00			1 800,00
Total Rubrique :					1 800,00

PHARMACIE

Pharmacie	1	1 760,33			1 760,33
Total Rubrique :					1 760,33

PARTIE CLINIQUE :

7 560,33

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BERRADA JAAFAR+FARIK JAMAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	900,00			900,00
Dr. AMRANI HANCHI SAIDA (MEDECIN SPECIALISTE)	1	300,00			300,00
Total Rubrique :					1 200,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

1 200,00

TOTAL FACTURE

8 760,33

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Huit mille sept cent soixante Dirhams et trente trois Cts

Cachet et signature



Casablanca Le : 01/07/2020

Détail Facture N° 2598/20**A. Identification**

N° Dossier : P0F26557

N° Identifiant : 191215549/19

Nom & Prénom : SLAOUI JAWAD

C.I.N. : B117218

Adresse :

Traitement : Hospitalisation

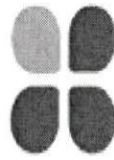
Code	Qté	Unité	Prestations	Prix U.	Taux	Montant
PHARMACIE						
0S04278	12		ATROVENT 0.5 MG/2ML AD (10)	6,88		82,56
0125478	5		INEXIUM 40MG INJ (10)	66,00		330,00
M235689	9		MEGAFLOX IV 200MG 100ML INJ	94,10		846,90
0S05340	12		METHYLPREDNISOLONE 120MG INJ (20)	35,00		420,00
0S05336	1		METHYLPREDNISOLONE 40MG INJ (20)	14,00		14,00
0S04267	1		MIDAZOLAM AGUETT 5 MG/5ML INJECTA (10)	7,87		7,87
0S03655	2		VENTOLINE 0.5% SOLUTIO (01)	29,50		59,00
Total Rubrique :						1 760,33
TOTAL DETAILS PRESTATIONS						1 760,33
TOTAL :						1 760,33

Clinique Yasmine

Bd. Sidi Abderrahmane

Tél. : 05 22 39 69 60

Fax : 05 22 39 71 19



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

BILLET DE SORTIE

N° Admission : POF26557

Nom et Prénom : SLAOUI JAWAD

Médecin traitant : AMRANI HANCHI SAIDA

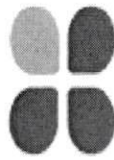
Prise en charge :

Date Entrée : 26/06/2020

Date Sortie : 01/07/2020

Visa	Médecin	Administration	Surveillante

Clinique Yasmine
Bd. Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 39 69 60
Fax : 05 22 39 71 19



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

DATE: 01/07/2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. BERRADA JAAFAR+FARIK

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Tél :

Specialité : ANESTHESISTE REANIMATEUR

I.C.E. :

I.F. :

Taxe Prof. : .

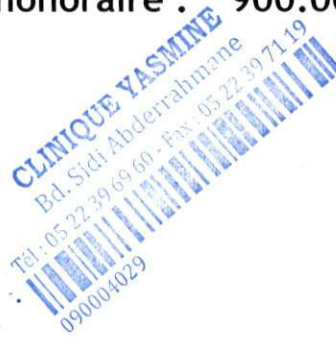
N° C.N.S.S. :

N° Facture : 2598/20

N° Dossier : P0F26557

Patient : SLAOUI JAWAD

Montant honoraire : 900.00





Casablanca, le 29-06-2020

NOTE D'HONORAIRES

La clinique Yasmine.....

Prie M^r - SLAOUI, Zouad.....

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour.....

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-phtisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH2SA
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 39 02 02

S'élevant à la somme de 300 DH..... Dhs.

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-phtisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH2SA
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 39 02 02

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom & Prénom :

SIAOJI JAWAD.

Age :

1953

Sexe :

7

Médecin traitant & INP :

Mr. Frank S. Auranti

Secteur d'hospitalisation :

	D.E	D.S
MED		
REA	28.6.20	27.06.20
SI	24/06/20	01/07/2020

Facteurs de risque :

Antécédents med / chir :

- B/W.

- En Repinture

Motif d'hospitalisation :

Detection Report for:

Histoire de la maladie :

Deposition happens instead
in hypoxic water

Traitement d'entrée :

Score GCS (Traumatisme crâniens, AVP, AVC,...) :

G1211

Examen clinique (en particulier cardiovasculaire et pulmonaire) :

TA 120/70 M 120 Lps
Flegme. Sx. Sp: 60%.

Résultats des examens paracliniques :

Ra thorax: emphysème bulleux.

Conclusion : Bolo veine avec 2 respiratoire.

Traitement / Détails médicaments : - O2 UN; FiO2: 1
- Anx. - bronchodilatateurs
- aspiration.

Evolution : favorable sous tra

Autres informations :

N.B : Toujours joindre les copies des résultats des bilans biologiques et radiologiques réalisés.

Signature et cachet du médecin traitant

Dr. J. BERRADA
Anesthésie réanimation
Clinique Yasmine