

## 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.

### Radiologie 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

- 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.

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



## Declaration de Maladie

N° W19-561728

37361

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 235 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DANOU ABDELKADER  
 Date de naissance :  
 Adresse : 14 rue de province - Résidence  
 N° - code :  
 Tél : Total des frais engagés : 2981,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/2020  
 Nom et prénom du malade : DANOU ABDELKADER Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Maladie - I.S.C.H. en cours

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) :

Décl

Rem

Il ser

récla

Cou

# 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
10.05.2010	Fact. n°	05383	2981,67M	INP : 109666111718

Docteur MAHED K.  
Anesthésiste Réanimateur  
CLINIQUE JERRADA-OASIS  
13. Av. Abdou Karim Bouabid  
CASABLANCA  
Tel : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
Email : cliniquejerrada2.ma

## 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

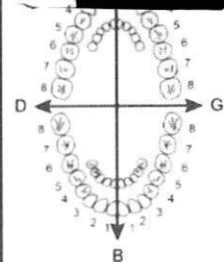
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

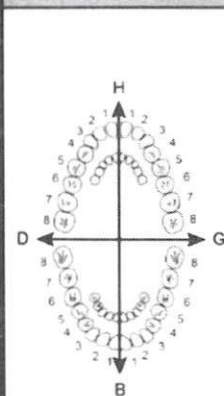
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Le praticien  
Import  
Veuillez

SOIN



### 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


MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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





Casablanca, le 10-05-2020

## Compte rendu d'Hospitalisation

- M. ~~Attou~~ Cherif EL ALIA, né en 1941, Suisse  
dur → ATIA, → cardiopathie ischémique.
- admis le 10-05-2020, pour un choc cardiogénique  
sur → cardiopathie ischémique.
- Le patient a nécessité → Hospitalisation en réanimation  
une ventilation mécanique, drogues: Sustrop  
et vasodilatés.
- Le patient est décédé le 10-05-2020 dans  
un tableau de choc cardiogénique réfractaire

Clinique Jerrada Oasis  
 Tél: 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54  
 Fax: +212 5 22 23 81 82  
 Email: direction@cliniquejerrada.ma

**Docteur MAHED K.**  
 Anesthésiste - Réanimateur

## CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 10-05-2020

DR. ANESTHESISTE Reanimateur

PATIENT : Mme DAHOU CHERIF EL ALIA

HONORAIRES : 900,00 Dh  
(NEUF CENTS DIRHAMS )

  
Docteur MAHED K.  
Anesthésiste - Réanimateur

## CLINIQUE JERRADA OASIS

# BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

**N° DE DOSSIER** CJO20E10121628

**NOM DU PATIENT** Mme DAHOU CHERIF EL ALIA

**MÉDECIN TRAITANT** MJAHER KHALID

**PRISE EN CHARGE**    **PAYANT MUPRAS**

**DATE D'ENTREE** 10/05/2020

**DATE DE SORTIE** 10/05/2020

**MODE DE SORTIE** normal



# CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 10/05/2020 au 10/05/2020  
 Patient : Mme DAHOU CHERIF EL ALIA  
 N° Dossier : CJO20E10121628  
 Organisme : PAYANT MUPRAS

## MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ADRENALINE 1 MG INJECTA (100)	1,22 Dh	60	73,20 Dh
BICAR 42% INJECTA (01)	14,29 Dh	1	14,29 Dh
CALCIUM 10%/10ML INJECTA (50)	3,63 Dh	2	7,26 Dh
PLASMION SOLUTIO INJECTA (01)	78,70 Dh	1	78,70 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 POCHE INJECTA (01)	12,80 Dh	1	12,80 Dh
			<b>186,25 Dh</b>

## CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDELETTE GLYCEMIE (050)	3,76 Dh	2	7,52 Dh
CATHETER CENTRAL 3L STERIF AD (001)	370,00 Dh	1	370,00 Dh
CIRCUIT PATIENT U.U AD (001)	180,00 Dh	1	180,00 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	7,00 Dh	4	28,00 Dh
ELECTRODES (001)	3,00 Dh	3	9,00 Dh
FILTRE ANTI BACTERIEN ADULTE	28,00 Dh	1	28,00 Dh
GANT NITRIL JETABLE S,M,L (200)	0,68 Dh	20	13,60 Dh
INTRANULE G16 GRISE (001)	2,55 Dh	1	2,55 Dh
INTRANULE G20 ROSE (001)	3,00 Dh	4	12,00 Dh
INTRANULE G22 BLEU (001)	3,00 Dh	4	12,00 Dh
LAME DE BISTOURIE 23 (100)	1,28 Dh	3	3,84 Dh
LANCETTES GLYCEMIE BAYER (200)	3,00 Dh	2	6,00 Dh
MASQUE HAUTE CONC AD (001)	27,00 Dh	1	27,00 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	11,00 Dh	1	11,00 Dh
SERINGUE DE 10CC (001)	3,00 Dh	18	54,00 Dh
SONDE D'ASPIRATION TTE CH (001)	4,00 Dh	2	8,00 Dh
SONDE TRACHEALE ARMEE CH 7 (001)	126,00 Dh	1	126,00 Dh
TAMPON ALCOOLISÃ‰ (100)	0,51 Dh	6	3,06 Dh
TEGADERM 10 X 12 (050)	9,20 Dh	4	36,80 Dh
TUBE ANNELE/ (CATHETER DE MOUNTS 15CM) (001)	57,00 Dh	1	57,00 Dh
			<b>995,37 Dh</b>

**Total global : 1 181,62 Dh**

*[Signature]*  
 20/05/2020  
 10h22:01



090061078

CASABLANCA Le : 10-05-2020

Facture N° 05883/20

**A. Identification**

N° Dossier : CJO20E10121628

N° Identifiant : 026159/20

**Nom & Prénom : Mme DAHOU CHERIF EL ALIA**

C.I.N :

Adresse : QU DES HOPITAUX CASA

**B. Assuré**

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : DAHOU ALIA

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 10-05-2020

Date Sortie : 10-05-2020

Médecin traitant : DR . MJAHER KHALID

Traitement : HOSPITALISATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	REANIMATION 1/2J		900,00			900,00
Total Rubrique :						<b>900,00</b>
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		1 181,62			1 181,62
Total Rubrique :						<b>1 181,62</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>2 081,62</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		900,00			900,00
Total Rubrique :						<b>900,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>900,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 2 981,62</b>

DEUX MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS SOIXANTE-DEUX CENTIMES

Cachet et Signature



Signature  
24 10 2020  
Préfecture  
SIS/10