

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-768223

146095

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1145 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DJELLOUL NAOUAL
 Date de naissance : 24/12/1949
 Adresse : 1, Rue Racem Amine Res. Jean Jaurès
 Tél. : 061915618 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

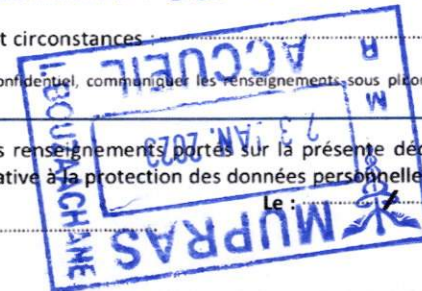


Date de consultation : 27/12/22
 Nom et prénom du malade : DJELLOUL NAOUAL Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Altération de l'état général
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 UNIFORME : 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 |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | Hôpital Universitaire International de Casablanca |
| | | | | Pr WAFIA KAIKANI |
| | | | | Professeur Agrégé - Oncologie Médicale |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie FOUCAULT | 12/12/22 | 387,00 |
| Pharmacie FOUCAULT | 23/12/22 | 50,00 |
| Pharmacie FOUCAULT | 23/12/22 | 782,70 |
| Pharmacie FOUCAULT | 23/12/22 | 70,70 |
| Pharmacie FOUCAULT | 10/12/23 | 50,00 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | |
|---|----------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Montant des Honoraires |
| Pharmacie FOUCAULT | 12/12/22 | 12,30 |
| Pharmacie FOUCAULT | | |
| Pharmacie FOUCAULT | | |
| Pharmacie FOUCAULT | | |
| Pharmacie FOUCAULT | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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



**Hôpital
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
SOINS FORMATION RECHERCHE

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Service : HOSPI MERE ENFANT (C419)

Nom :



2200610094 / H0122036550

Prénom : NAOUAL

Nom : DJELLOUL

DDN : 24/12/1949 E: 19/12/2022

MUPRAS

Sexe: F

service : MERE/ENFANT

chambre :

Médecin traitant :

Date d'entrée :

20.12.22

Date de sortie :

29.12.22

- Taux pulmonaire non exploré
d'altération tumorale
- AEG

- Hyper Calcémie

- Pneumo-pneumonie

- Soins de Support

- Améliorations

Hôpital Université Internationale Cheikh Khalifa
Pr WAFAA KAIKANI
Professeur Agrégé - Oncologie Médicale
09122144171

Hôpital Université Internationale Cheikh Khalifa
Pr WAFAA KAIKANI
Professeur Agrégé - Oncologie Médicale
09122144171

AUGMENTIN

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال...يوم.

Uniquement sur ordonnance**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH
LOT: 649464
PER: 02/24

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال...يوم.

Uniquement sur ordonnance**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH
LOT: 649464
PER: 02/24

**CLARIL®**

Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

PPV: 160,00 DH



6 118000 191001

75x60x20

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

PPV: 160,00 DH



6 118000 191001

75x60x20

Daktarin®

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

Daktarin gel buccal t40g

P.P.V: 53,00 DH



6 118001 180745





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

27.12.24

Djelloul — NAWAL

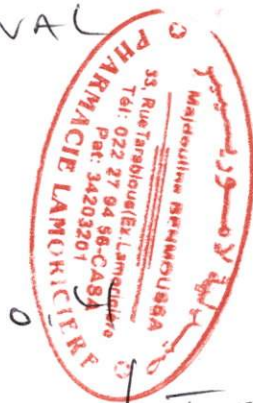
X

13.8.10



1/

Hibor



ring

Jr

Si aliteuuu L

444.30

maf

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr WAFEA KAICAM
Professeur Agrégé - Oncologie Médicale
091214174



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Djelloul Naval

Soin d'escars

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr WAFAA KAIKANI
Professeur Agrégé - Endocrinologue
091214171



وصفة طبية
Ordonnance

27.12.22

Casablanca, le :

Djelloul _ Naval

25,00 x 2

1/ Traumal Bong

1 cp x 3 / J

Jupia 2 cp x 3 / J

T = 50,00

Sidat

TMS de 3 Jrs

Pharmacie FOUCAULD

27. Rue Moussa Bnou Noussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12





وصفة طبية
Ordonnance

27.12.22

Casablanca, le :

Djeboul NAWAL

168,20 x 2 + 126,30

1/ Augmentin 1g
1 sachet + 3 / J

160,00 x 2

2/ Clarith 580 ug

1 g x 2
T = 782,70

DDT = 20.12.22

pour Samarie

fin 4.1.23

Pharmacie FOXCAULT
Dr. Mohamed Benou Moussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr WAFIA KAKANI
Professeur Agrégée - Endocrinologie
Tél : 05 22 26 42 12



Zouder

وصفة طبية
Ordonnance

27.12.22

Casablanca, le :


Djelloul NAWAL

17,70

1/ Bain de  Boule

X Sérum Bicarb 14/10
6-8 fois per J

53,00

2 Daktarin  gel

T= 70,70 1 app x 4 J

pour 2 semaines