

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 |

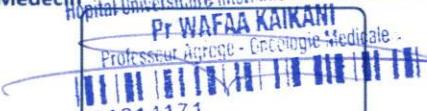
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-768223

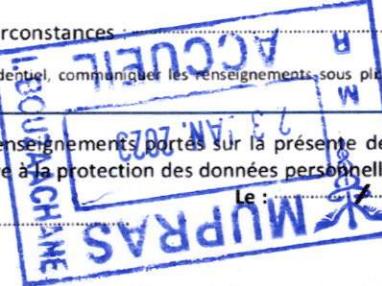
146095

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1145	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DJELLOUL NAOUAL	
Date de naissance :		24/12/1949	
Adresse :		1, Rue Kacem Aouni R. Jean Jaurès	
Tél. :		061 915 618	Total des frais engagés : _____ Dhs

AUTORISATION CHIFFREE : FA-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. WAAFAA KAIKANI Professeur Agrégé - Oncologie Médicale 091214171
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	27/12/22
Nom et prénom du malade :	DJELLOUL NAOUAL
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : 

RELEVE 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
<i>12/12/22</i>	<i>COUAUD</i>	<i>05</i>		INP : <input type="text"/> Hôpital Universitaire Internationale de Khouribga Professeur Aggrégé - Oncologie Médicale Pr WAFAA KAIKANI 091214111

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie FOUCAUD</i> Rue Moussa Benouar Gauthier - Casablanca	<i>12/12/22</i>	<i>3.87,00</i>
	<i>22/12/22</i>	<i>50,00</i>
	<i>22/12/22</i>	<i>7.82,70</i>
	<i>22/12/22</i>	<i>70,70</i>
	<i>10/12/2023</i>	<i>50,00</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>PHARMACIE LAMORICIER</i>	<i>12/12/2023</i>	<i>12,30</i>	<i>12,30</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, 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			
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	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)



2200610094 / H0122036550

Prénom : NAOUAL



MUPRAS

Nom : DJELLOUL

Sexe: F

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

Nom :

service : MERE/ENFANT

Age :

chambre :

Date d'entrée :

Médecin traitant :

Date de sortie :

20.12.22

29.12.22

- Taux sucre urinaire non exploré
- d'allure très nle néfique
- AEG
- Hyper tension
- Prends partie
- Soin de Support
- Méliotat

Pr WAFAA KAIKANI
Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Professeur Afegza
Gynécologue Médicale
091234171

Pr WAFAA KAIKANI
Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Professeur Afegza
Gynécologue Médicale
091234171

AUGMENTIN

AMICILLINE 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**

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

**AUGMENTIN**

AMICILLINE 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**

PPU: 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 Alkilia, N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH

6 118001 180745



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

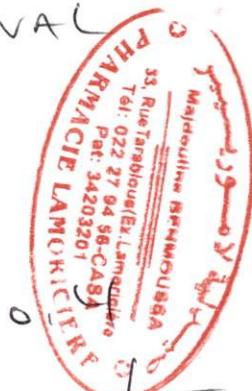
27.12.20

Djelloul NAWAL

X 13.8.10



1/ Hébdo



Najir

Jr

Si ali te moul

114.30

maf
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr WFAAA KAIAKI
Professeur Agrégé - Encéologie Médicale
091214171

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Djelloul Nana

Skin d'escars

/

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

وصفة طبية

Ordonnance

27.12.22

Casablanca, le :

Djelloul Nanal

25,00 x 2

1 /	Tramal	Bang
	50	
	1 cp	x 3 J

Jup'ā	2 cp	x 3 J
-------	------	---------

T = 50,00

Pharmacie FOUCAUD

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

Tar de 37ns



وصفة طبية
Ordonnance

27.12.22

Casablanca, le :

Djelloul Nawal

$168,20 \times 2 + 126,30$

1/ Augmentin SV 1g
1 sachet $\times 3 / J$

$160,00 \times 2$

2/ Clarin SV 500 mg
1 g $\times 2$

$$T = 782,70$$

DDT = 20.12.22

pour Samsia
fille 4.1.23

Pharmacie FOIXCAULD
21, Rue Hassan II - Casablanca
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr WAFAA LAKANI
Rue Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

Zoude

وصفة طبية
Ordonnance

27.12.22

Casablanca, le :

Djelloul NAWAL

17,70

1/ Bain de SV Bonheur

X Serum Br. card 14,00

6-8 fois par J

53,00

2 Dak farin sel

T = 70,70 1 app x 4

pour 2 saisons

