

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-827631



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1487 Société : <i>AL NAFIYE KAR</i>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	<i>MACHGOUK SALAH</i>
Nom & Prénom : <i>MACHGOUK SALAH</i>			
Date de naissance : 30.06.1950			
Adresse : <i>Refissane El Moudawine N° 126 BP 22000</i>			
Tél. : 06.06.80.06.7 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<i>SABRAN KHAJJA</i>	
Nom et prénom du malade :	Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<i>15 NOV. 2023</i>	
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 : *SABRAN KHAJJA* Le : *14/11/2023*  
 Signature de l'adhérent(e) : *SABRAN KHAJJA*

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
D <small>IMIN</small> 14/11/2023	14/11/2023	24.96,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000		35533411		B		11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	<hr/>																					
	D																					
	00000000																					
	35533411																					
	B																					
11433553																						
			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																			
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
			<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																			
			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																			
			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																			
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																						

**Dr. Ilham EL JAOUI**

Spécialiste en Cardio-vasculaire

ECG, HOLTER, Epreuve d'effort

Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام  
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
استكشافات القلب و الأوعية الدموية  
التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le.....

, le : 21/06/2023

**Ordonnance**

**Mme. SABBAR EP MACHGHOUL Khadija**

35.70x4

1/ KARDEGIC 160 mg: 1 Sachet à midi

99.00x4

2/ LD-NOR 20 mg: 1 Comprimé le soir

82.70x4

3/ PREZAR 50 mg: 1 Comprimé le matin

137.20x4

4/ VASTAREL 35mg: 1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir

28.00x7

5/ GLUCOPHAGE 1000 mg: 1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir

82.10x6

6/INEXIUM 20 mg: 1 Comprimé le matin à jeun

77.80x4

7/ CARDENSTIEL 1.25 mg: 1 Comprimé le matin

78.70x1

8/ DIAMICRON 60 MG LM: 1 Com...

39.20x4

99.-x4

84.30x4

132.20x4

28.-x7

7 x 82.10

22.80x2

22.22x2

2496.90



Docteur Ilham EL JAOUI

58, Rue Moussa Ibn Noussair, 10000 Casablanca

Tel.: 05 22 22 15 28

En cas d'urgence

14/11/2023



5



mail.com



# PHARMACIE IBN TAIMIA

119 lotissement aldarissa sidi maarouf

DR·EN PHARMACIE  
PHD MICROBIOLOGIE  
DEUS VIROLOGIE

R.C :337980 Patente:36102085  
T.V.A : C.N.S.S:23000771  
Tél :0522335225

Le 14/11/2023

## FACTURE N°73410

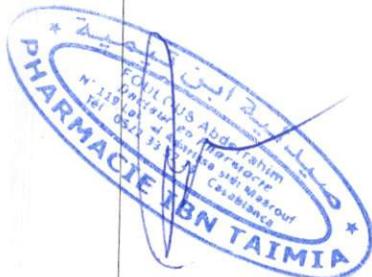
N° ICE : 00168336000085

N° IF : 77300610

SABBAR KHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	MONTANT TTC	Dont TVA	% Taux
4	LD-NOR 20 M.G B 30 CP	99,00	396,00		
4	PREZAR 50M.G B30 CP	82,70	330,80		
4	VASTAREL LM 35M.G B60 CP	137,20	548,80		
7	GLUCOPHAGE 1000M.G B30 CP	28,00	196,00		
6	INEXIUM GR 20M.G B14 CP	82,10	492,60	32,23	7,00
4	CARDENSIEL 1.25M.G B30 CP	77,80	311,20		
1	DIAMICRON LM 60 M.G B 60 CP	78,70	78,70		
4	KARDEGIC 160M.G B30 SACH	35,70	142,80		

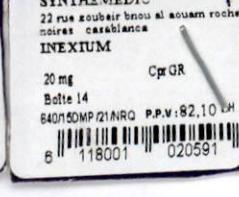
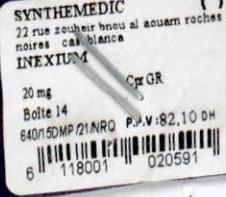
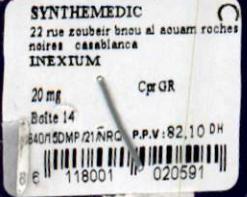


TOTAL T.T.C :

2 496,90

Nbr Articles	TVA 7% Base :	492,60	Montant :	32,23	TVA 20% Base :		Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
 Deux Mille Quatre Cent Quatre-vingt-seize Dirhams et 90 centimes.



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E006  
PER : 30/02/2024

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 20E021  
PER : 06/2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E012  
PER : 30/02/2024

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E014  
PER : 30/02/2024

LOT : 221196  
EXP : 09/2025  
PPV : 99,00DH

LOT : 221192  
EXP : 12/2025  
PPV : 99,00DH

LOT : 221197  
EXP : 09/2025  
PPV : 99,00DH

LOT : 221197  
EXP : 09/2025  
PPV : 99,00DH

PPV 82DH70  
PER 04/26  
LOT M1359

PPV 82DH70  
PER 03/26  
LOT M1982

PPV 82DH70  
PER 06/26  
LOT M1984

PPV 82DH70  
PER 04/26  
LOT M1359

137,30

137,20

137,20

137,20

28,00

28,00

28,00

28,00

LOT 221661  
EXP 11/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221668  
EXP 12/2025  
PPV 28.00DH

28,00

~~مختبر التحاليل الطبية بباب غاندي~~  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI  
Docteur TAZI KENZA  
Médecin Biologiste  
Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie



Casablanca, le 17/10/2022  
Code Patient 22-01391

Nom : Mr MACHGOUL Salah

Dossier N° : 171022-014

Prélèvement du: 17/10/2022 9:2



Compte rendu d'analyses

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

LITHIUM PLASMATIQUE

: 0,87 mmol/l

Valeurs Usuelles

( 0,6 - 1,2 )

Antériorités

1,50 (28/09/22)

Interprétation

Concentrations thérapeutiques : 0,6-1,2 mmol/l

Toxicité: > 2 mmol/l

*Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement*

*Le Biologiste* →

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : SABBAR ep MACHGHOUZ Khaïlyè

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Ilham EL JAOUI Cardiologue Spécialité : Cardiologue

N° ICE : 58 Rue Moussa Benoussan 1er Etage N° INPE : 091177451

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Infectio , Diabète tensionn.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitemen prescrit : Colloïde 160, Liposol 20, Regar 50g, vostane 55, Glicophage 1000g, citalopram 1,4g, metformine 6g, furosemide 20g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables

Fait à : Casablanca le 21/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Ilham EL JAOUI  
Cardiologue  
58 Rue Moussa Benoussan 1er Etage  
Casablanca Tel: 05 22 21 15 28

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées