

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

M22- 0009260

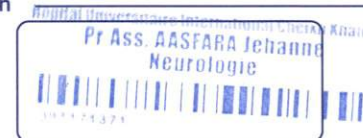
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1269 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JOUA ALI
Date de naissance : 01-08-1951
Adresse : 11 RUE 16 LOT AL MANARA
CALIFORNIE CASABLANCA
Tél. : 0661493472 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/10/2023
Nom et prénom du malade : JOUA ALI Age: 72
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AVC
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASA Le 16/10/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : 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
12/10/23		CS		
26/10/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/23	156 1,20

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
		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															
				CEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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 UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK



2300759112 / H0123030681

Prénom : ALI

Nom : JOUA

DDN : 01/08/1951 E: 09/10/2023

Service : SOINS INTENSIFS (NA)



PAYANT
Sexe: M

طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

10-10-2023

Stanorm 20g CP

Docteur Najoua ADYEL
Pharmacie FATMA
N° 48 Rue 191 Bd Oued Sebou Oulfa
RC 434560 Tél : 05 22 93 10 29
ICE : 002177562000048

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant MOURAD NAFAA

MEDECINE D'URGENCE ET DE CATASTROPHE



091143651



Casablanca, le 12/10/2023

Mr JOUA ALI

PPV: 64 DH 50

1- **Ranciphex 20mg** : 1cp/j le matin à jeun pendant 28 jours

2- **Plavix 75mg** ou **Plavix 75 mg cp pel b 28** : 1cp/j le matin pendant 18 jours

3- **FLUOXET 20mg** : 1gélule /j le matin pendant 03 mois

4- **KARDEGIC 75mg** : 1S/j pendant 18 jours

puis **KARDEGIC 160mg** : 1S/j pendant 03 mois renouvelable

5- **STANORM 40mg OU LD NOR 40mg** : 1cp/j pendant 01 mois

puis **STANORM 20mg OU LD NOR 20mg** : 1cp/j pendant 02 mois

6- **ACFOL 5mg** : 2cp/j pendant 01 mois puis 1cp/j pendant 02 mois

7- **UVEDOSE** : 1 ampoule/15 jours pendant 02 mois

+ 2

RDV le 26/10/2023 en consultation de neurologie à partir de 14h30 avec résultat de l'HOLTER ECG de 24h

Signé :

Pr AASFARA Jehanne

Neurologue

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Boulevard Mohamed Taieb Naciri , Hay Hassani, BP 82403 Casa
Oum Rabii Casablanca, Maroc Tél +212 529 004 466 FAX : +212 529 004 488. www.fckm.ma

LOT: 14223009
PER: 01/2/27
PPV: 6.2 DH

LOT: 14223009
PER: 01/2/27
PPV: 26.20 DH

LOT: 14223009
PER: 01/2/27
PPV: 6.2 DH

LOT: 14223009
PER: 01/2/27
PPV: 26.20 DH