

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

- Reclamation : 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

M23-0019088

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 194006
 Nom & Prénom : K. HAMMILICH K. HADJA
 Date de naissance : 1-1-47
 Adresse : NASR NOUZA, B. de la 1ère zone Atlantique, S. 2000
 Tél. : 06-61-18-17-61 Total des frais engagés : 1678 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casablanca le : 30-1-2011
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNBP 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacia ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PALAIS KHAMELICH MARYEM 101, Bd. Victor Hugo - Casa Tel: (022) 30 68.42	20/10/23	1678,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

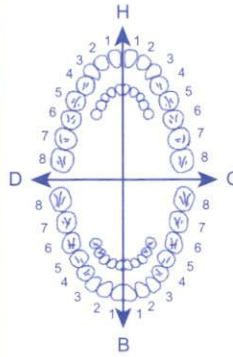
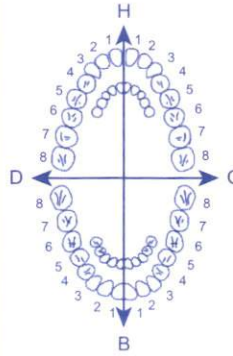
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

20/10/23

ORDONNANCE

NA
231024200635FA-01 24/10/2023
Mme KHAMLICH KHADIJA
Naissance : 01/01/1947 20:11:00
PAYANT
DR.REDOUANE / ELOMARI

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

LOT : 231291
EXP : 09/2026
PPV : 155.90DH

LOT : 231293
EXP : 09/2026
PPV : 155.90DH

LOT : 231293
EXP : 09/2026
PPV : 155.90DH

155,90 x3

Depakine Chrono 500mg

1 g/l

27,70 x3

Cardioaspirine 100mg/30cps

Depakine Chrono 500mg

1 g/l

54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • الدار البيضاء 20210، شارع غاندي

+212 522 36 74 05 • +212 522 94 07 70 / 74 • +212 522 39 09 73 • +212 522 36 05 34

PHARMACIE DU PALAIS
KHAMLICH Meryem
101, Bd.كتور هورو
Tél.: 0522 30 68 42 - Casablanca

134/80x5

PHARMACIE DU PALAIS
KHAMMUCHI Mervem
101, Bd Victor Hugo
Tél: 0522 30 68 42 - Casablanca



LOT 231789 1
EXP 05 2027
PPV 134.80

1678,00

134,80

1 p x 3 y

14.60

Amelal 1 y p

1 p x 3 y

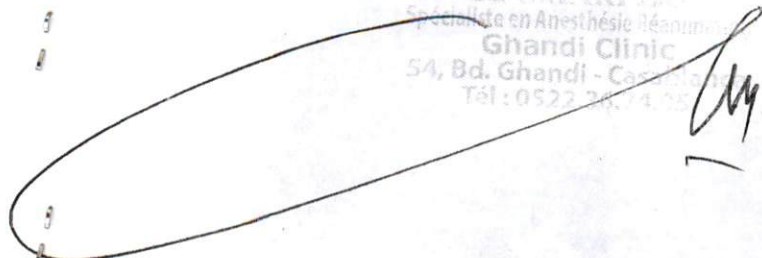
LOT 231789 1
EXP 05 2027
PPV 134.80

LOT 231789 1
EXP 05 2027
PPV 134.80

LOT 231789 1
EXP 05 2027
PPV 134.80

LOT 231045 1
EXP 03 2027
PPV 134.80

Dr. EL CHAOUKI
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Ghandi Clinic
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 30 74 25





DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **KHAMLI CHI Khamlija**

Matricule : **1578** N° CIN : **B 215136**

Adresse : **Res. Kasr NOUZZHA, B d'ole l'Océan Atlantique, Casa**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne **Dr EL OMARI Med Zakaria** Spécialité :

N° ICE : **Spécialiste en Anesthésie Réanimation** N° INPE :

Certifie que **Mlle. Mme, M.** **Khamlija Khamlija**

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 :

- AVC

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Levalthyron - Condroyan - Deposolone
Nachtyl

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **13/11/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr EL OMARI Med Zakaria
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Gsm: 0660 97 96 93 Tél: 0522 86 02 10
101175933

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