

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 18575		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	19 849
Nom & Prénom : ROUZAQUI OTHMANE		Date de naissance : 13/10/1985	
Adresse : Résidence Les Park, villa 159, Letchelles,		Bouskoura	
Télé : 0661718664		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Hôpital Universitaire International Cheikh Khélifa			
Dr AHCHOUCH SANAE			
Médecin Résident - Pédiatrie			
090061862			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22/11/2023			
Nom et prénom du malade : ROUZAQUI ILYA Age : 6ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Céphalite			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC			
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			
Signature de l'adhérent(e) : 			
Le : 08/04/2024			



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
22/11/03	VÉN	1	51901	DR AGHOURI S. - FEZ UNIVERSITY OF FEZ - MOROCCO

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Victoria Parc Docteur Hanane SAMALI Rt. Annasr S11 IOC M3 Victoria city Bouckoura - Tél.: 05 22 32 07 01	22/11/23	330,50

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	R

The diagram shows a circle divided into 24 equal segments by 12 radial lines. Each segment contains a number from 1 to 24. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2
- Row 2: 3, 4, 3, 4
- Row 3: 5, 6, 5, 6
- Row 4: 7, 8, 7, 8
- Row 5: 9, 10, 9, 10
- Row 6: 11, 12, 11, 12
- Row 7: 13, 14, 13, 14
- Row 8: 15, 16, 15, 16
- Row 9: 17, 18, 17, 18
- Row 10: 19, 20, 19, 20
- Row 11: 21, 22, 21, 22
- Row 12: 23, 24, 23, 24

The circle is centered at the origin of a coordinate system with four axes labeled D (left), G (right), H (up), and B (down).

(Création, remont, adjonction) Montant de
ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



231115131803M.

ROUZAQUI LILYA

6 ans
32 kg

22,00

1/ Zyradol sirop

1 cuillière x 2/j pdt 5j

119,30 x 2 = 238,60

2/ OROKEN 100 MG POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE

60,00

3/ ENTEROGERMINA AMP

1 AMP x 2/j, pendant 4 jours

104,00

4/ PHYLARM collyre 0.3%

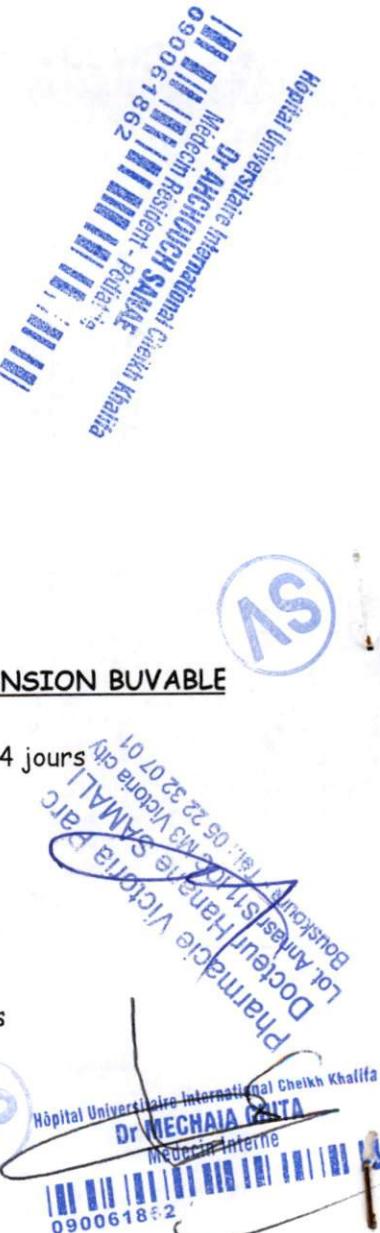
Lavage oculaire 1x/j dans l'oeil droit pdt 1 mois

45,00

5/ CILOXAN Collyre flacon de 5ml

090063728

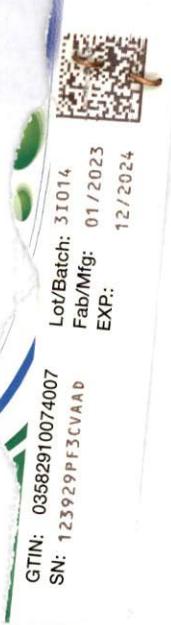
Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
 Tél. : +212529091111/+212529092222 Fax : +212529060977/+212529060979 Ⓛ : www.hm6.ma



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Al sebaâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Al sebaâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH





231115131803M.

1 goutte x 6/j dans l'oeil droit pendant 15j

60,00

6/ CILOXAN 0.3% pommade ophtalmique

1 application/j le soir dans l'oeil droit pendant 15j

535



Hôpital Universitaire International Chakf Khalifa
Dr MECHAIA CHITA
Médecin Interne
090063728
Medecin Residen - Peptite
Hôpital Universitaire International Chakf Khalifa
090063728

Hôpital Universitaire International Chakf Khalifa
Dr MECHAIA CHITA
Médecin Interne
090063728

Pharmacie VICKY'S PHAR
Dokter HAFID E-SMALLI
Bouskoura - Tel: 05 22 32 07 07
090063728



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212529091111/+212529092222 Fax : +212529060977/+212529060979 Ⓛ : www.hm6.ma



LCA S.A.

9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39
E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16

A standard linear barcode is displayed within a white rectangular area. Below the barcode, the numbers "3 700288 600042" are printed, which likely represent the EAN-13 barcode number.

LOT : 30603

EXP : 2026-05

M0152 - 2017-06 - PN : 930-1033/01.