

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031020

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM 160264
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZOUINE ABDELKRIM
 Date de naissance : 15/06/1948
 Adresse : 27 RUE IBRAHIM EL KATTAN 14 Etoye
 Apt N° 2 NABRIF Quartier Berger
 Tél. : 0658903371 Total des frais engagés : 930,00 Dhs
 0647696468

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Abdelhafid Seddiki
 Neurochirurgien
 3 Rue Addi El Haraki, Quartier des Hopitaux
 Rés. Al Karim, BPC, Casablanca
 Date de consultation : 28/04/2023
 Nom et prénom du malade : Zouine Abdelkrim Age : 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ARC ischémique
 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 : 10/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
28/04/23	G	/	352,00	 Dr. Abdelhafid Seddik Neurochirurgien Hôpital d'Accueil des Hopitaux n. KDC - Casablanca 022 48 38 79

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
	

Dr. Abdelhafid Sediki
Neurochirurgien
Chef de Service des Hôpital
Moh El Karim, KXC - Casablanca
TEL : 05 22 48 38 79

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/04/23	560,70

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

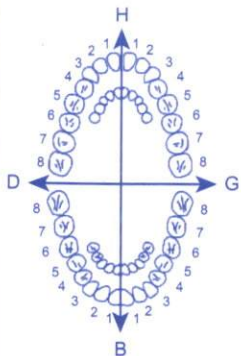
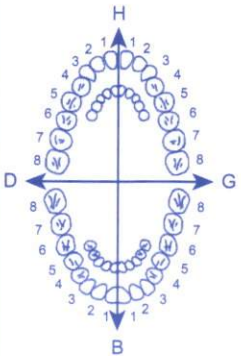
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 25533412 21433552 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> D G </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 </div> B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

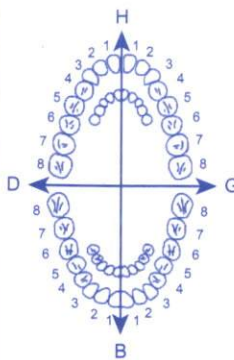
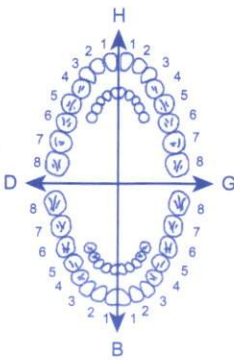
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div></div>			Coefficient des Travaux	
				Montants des Soins	
				Date du Devis	
				Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelhafid SEDDIKI

NEUROCHIRURGIEN

Maladies et Chirurgie du Cerveau Crâne,
Colonne vertébrale (Enfant et Adulte)

Ex. Neurochirurgien Attaché
à l'Hôpital des Spécialités de Rabat
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Electro-encephalographie

الحفيظ الصديقي

وجراحة الدماغ، الجمجمة،
العمود الفقري، (الطفل والبالغ)

طبيب ملحق سابقا بمستشفى
الاختصاصات بالرباط

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

التخطيط الكهربائي للدماغ



Casablanca, Maroc

الدار البيضاء، في

Mr Zouhair Abdelkrim

126, 80



13 bits

5678

Modap

7/2 up

113, 20 u = 454, 90

Medizaprin 25

2 up x 2.5



43 bits

5673

958 (607)

Dr Abdelhafid Seddiki
Neurochirurgien
3 Rue Addi El Haraki, Quartier des Hôpitaux
Res Al Karam, RDC, Casablanca
TEL : 05 22 48 38 79

PHARMACIE DES MAISOLES
Bouchra
30, Boulevard des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 05 22 48 26 99

r = 570, 80

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 061
PER : JUN 2025
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



30 قرصا ملبسا

LOT : 061
PER : JUN 2025
PPV : 113 DH 50

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



30 قرصا ملبسا

LOT : 061
PER : JUN 2025
PPV : 113 DH 50

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



30 قرصا ملبسا

LOT : 061
PER : JUN 2025
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT : 417
PER : NOV 2024
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

سيرترالين

NO-DEP[®] 50mg

30 cps pelliculés sécables ○



6 118000 050889

30 قرصا ملبسا
قابلا للكسر

CiplaMaroc