

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- 0027516

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM (RETR)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIRI Saïd

Date de naissance : 05.11.52

Adresse : 64 Rue Ezzeizafune

Bj LA GIRONDE P484

Tél : 0666 818124 Total des frais engagés : 300 + 294 + 294 = 888,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2022

Nom et prénom du malade : Sabiri Saïd Age : 69 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pyélie Inflammatoire + Gonococcie

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Nourriture

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) : [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
25/10/22	AS		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/22	588.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

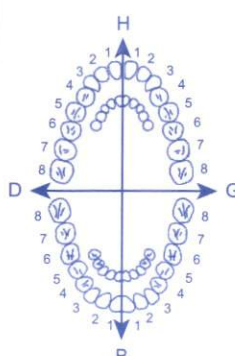
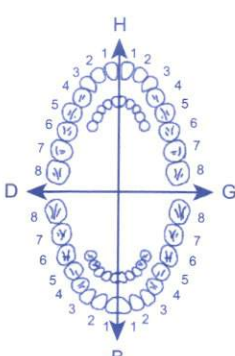
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient 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

وصفة طبية
Ordonnance

25.10.2022

Casablanca, le :

N. Sabini Saïd

294.00 x 2 Tunnel 50



150 x 31

PHARMACIE KHAOUARIZANI
MME F. RAYANE Ep. TEBIB
1, Rue El'Arfaar la Gironde
Casablanca - Tél. : 0522 82 37 05

588.00

in 3 mois

m

Hôpital Universitaire International
Pr. Assistant ALMOU ABIRE
Médecine Interne

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé

Boîte de 100

AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ

PPV: 294,00 DH

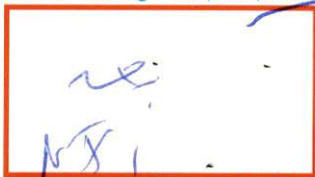
Distribué par Laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Sous licence des laboratoires ASPEN



Imurel® 50 mg – comprimé pelliculé



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE – Liste I.

Médicament autorisé n°



LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

aspen

Imurel® 50 mg

Azathioprine

Azathioprine 100 comprimés pelliculés

Imurel® 50 mg

AL
11

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé

Boîte de 100

AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ

PPV: 294,00 DH

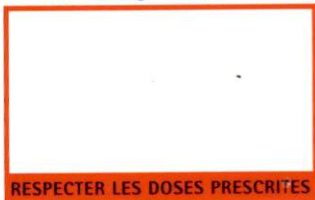
Distribué par Laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Sous licence des laboratoires ASPEN



Imurel® 50 mg – comprimé pelliculé



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE – Liste I.

Médicament autorisé n°



Imurel® 50 mg

Azathioprine

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

 **aspen**

Azathioprine 100 comprimés pelliculés

Imurel® 50 mg

AL
11



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25 / 10 / 2022

Quittance - Paiement espèces 0719435

IPP :

N° D'admission : 2200581947 Montant : 300 DH

Patient : Sabiri, Said



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 138.962 / 2022 du 25/10/2022

Nom patient : **SABIRI SAID**

Entrée 25/10/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00