

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- 0019161

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1120 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELAMAM RACHIDA
 Date de naissance : 1952
 Adresse : Place du Temple, Lotissement Stade d'Honneur, Imm D
 Apt 8 Maârif CASA
 Tél : 06.61.64.79.63 Total des frais engagés : 5485 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 Neurologique

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 : 20/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/12/22	CS		300014	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.12.22	4956.00
	20.12.22	229.00

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 :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

Casablanca, le :

20/12/2022

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SABRY SARA
NEUROLOGIE
091256719

Mme. EL ALLAM Rachide

469.00 x 6

PHARMACIE DES CHAMPTONS
Mme. KADIRI Sofia
140 Rue Brahim Nakhal Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 23 78

①

Donpezal Rembexy 10mg

1 - 0 - 0 (06 mois)

231.00 x 6

②

Ebix 10mg

126.00 - 0 - 1 (06 mois)

③

Cilentre 10mg

0 - 0 - 1 (06 mois)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SABRY SARA
NEUROLOGIE

ZENITH Pharma
6 118001 127148 1
PPV: 469,00 DH

ZENITH Pharma
6 118001 127148 1
PPV: 469,00 DH

ZENITH Pharma
6 118001 127148 1
PPV: 469,00 DH

06 mois

ZENITH Pharma
1 46 118001 127148 1
PPV: 469,00 DH

ZENITH Pharma
6 118001 127148 1
PPV: 469,00 DH

ZENITH Pharma
6 118001 127148 1
PPV: 469,00 DH

International Cheikh Khalifa
MIRY SARA
NEUROLOGIE
091256779

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 10MG B28 CP PELL
P.P.V: 231,00 DH
6 118001 184859

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 10MG B28 CP PELL
P.P.V: 231,00 DH
6 118001 184859

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 10MG B28 CP PELL
P.P.V: 231,00 DH
6 118001 184859

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 10MG B28 CP PELL
P.P.V: 231,00 DH
6 118001 184859

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 10MG B28 CP PELL
P.P.V: 231,00 DH
6 118001 184859

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 10MG B28 CP PELL
P.P.V: 231,00 DH
6 118001 184859

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

20/12/2022

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SABIRY SARA
NEUROLOGIE
091256719

M. El Alhem Rachida

139.50

①

AINAT

PHARMACIE
Mme
140, R
Casablanca

(S.V)

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 139,50 DH

220554
07/2025

1 - 0 - 1 (orimén)

89.50

②

AINAT

Roll

(S.M)

1 App x 21

229.00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SABIRY SARA
NEUROLOGIE
091256719

Lot :
A consommer de
préférence avant le :
P.P.C : 89,50 DH

22003
02/2025