

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- 0043693

151403

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6472 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELHACHMI AMAL
Date de naissance : 12-02-1965
Adresse : lot ouled taleb imm 13 Apt 2 Rue 14
Résidence Laymoune CASA Ann choo
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohammed CHAFIQ
NEUROLOGUE
Centr. médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane
Casa - Tél : 05-22-37-41-63
Date de consultation : 27.02.23
Nom et prénom du malade : ELHACHMI Mual Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur Neuropathique
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 : 27/02/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
27/2 23	C	1	2010	Dr. Mohammed CHAFIQ NEUROLOGUE Centre médical Sidi Othman 3ème étage Place de la Préfecture Avenue 10 Mars, Sidi Othmane Casa Tél: 05.22.37.41.63
INPE 091039685				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ACHIR 10 Bd El Fardus Lot Mandarona Rue 14 para l'Ainchoy-Casa Tél: 05 22 52 82 53	27/02/2023	2955,00

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 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"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Lyrica® 75 mg - 56 gélules
P.P.V : 307,00 DH

Lyrica® 75 mg - 56 gélules
P.P.V : 307,00 DH

Lyrica® 75 mg - 56 gélules
P.P.V : 307,00 DH

Lyrica® 75 mg - 56 gélules
P.P.V : 307,00 DH

AMED CHAFIQ

الدكتور محمد شفيق

(OCHD

◀ طبيب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد

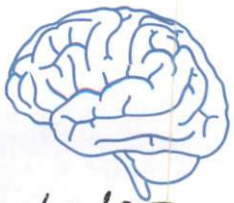
système nerveux, du Muscle

◀ اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي و العمود الفقري

◀ مرض الصرع

◀ التخطيط الكهربائي للدماغ

◀ التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات



ا, le : 27/2/23 : ار البيضاء في

ACHMI Anna

307007

U. 40

687043

Trouvel

U. 41

3417-P2

Zepe

U. 42

49,60

D. Ahmed

U. 43

PPV:34DH70
PER:05/25

PPV:34DH70
PER:10/25
LOT: L3492

PPV:49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

Handwritten signature

Dr. Mohammed
NEUROLOG
Cen. medical Sid
3ème étage, Place de la
Avenue 10 Mars, Si
Casa - Tél: 05.27

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70

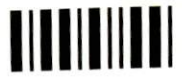
PPV 68DH70

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 09/27

PPV 68DH70

PPV 68DH70
PER 12/27
LOT L3992



شارع 10 مارس، ساحة العمالة،
BD, 10 Mars, Place de la préfecture
INPF: 91039685 - Tél.: 05 22 35 41 63 - 06 65 10 46 10 : المحمول