

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

M23- 020900

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5960

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

FAIKI ABDELARIZ 11 98733

Date de naissance :

11/02/1962

Adresse :

24, Rue 17 Sidi El B. (1) Hay Hassani 2089

Tél. : 0674683935

Total des frais engagés : 1696,6

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/2024

Nom et prénom du malade :

N° ABDELARIZ FAIKI Age: 62 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Sch. dépressif 13 MAR. 2024

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 : Cas

Le : 11/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11/03/2020	CS psy	Gratuit	Gratuit	Dr. A. FAIKI Médecin Généraliste 3 enfants Harouchi

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AL HAKIM CASABLANCA SARL AU DOCTEUR BOUCHRA ALAOUI 100, Rue Angle 64/16, Lot. Sekellia Oulfa Essa - Tél: 0522 90 71 60</p>	11/03/24	1696,6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2019		2019

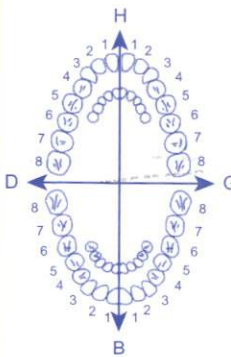
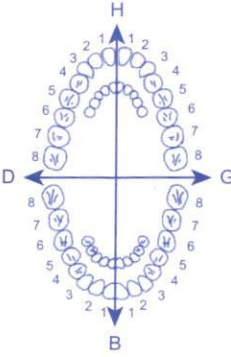
[illegible]

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

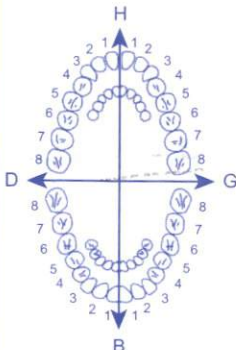
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 :

Veillez 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		
						
					CCEFFICIENT 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		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac

مستشفى بدون تدخين

ORDONNANCE

Casablanca, le : 11/03/2024

Dr FAIKI ABDELAZIZ

$$\begin{array}{r} 67,6 \times 06 \\ \hline 405,6 \end{array}$$

Si

① Teralithe 250mg sp

$$\begin{array}{r} 01 - 00 - 02 \\ 189 \times 3 = 567 \end{array}$$

Si

② Tineluz 20mg sp

$$01 - 00 - 01$$

Si

$$\begin{array}{r} 200 \times 2 = 400 \\ 108 \times 3 = 324 \\ \hline 00 - 00 - 01 \end{array}$$

③ Topiramate 50mg sp

PHARMACIE AL HAKIM CASABLANCA
SABLAU
DOCTEUR BOUCHRA ALAOUI
100, Rue Angle 64/16, Lot. Sekellia
Oulfa Essa - Tél.: 0522 90 71 69

M pdr 6 mois

Dr A. FAIKI
Psychiatre

189,10

189,10

189,10

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH



Lot: TD0463C
Per: 04/2025
PPV: 200DH00

Lot: AF0791A
Per: 06/2026
PPV: 200DH00

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

Lot: TA0007C
Per: 01/2025
PPV: 108DH00

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00