

## 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.

### Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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](http://www.mupras.com)

N° W19-442105

144364

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9020 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KHARIDI ADIL

Date de naissance : 22/06/73

Adresse :

Tél. : 0662263203 Total des frais engagés : 323,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. ABDESSOUIBA  
PEDIATRE - INPE : 071183156  
Bd Oued LOU, Im City Office, Etg 3, N° 07  
Quartier Missimi Oulfa H.HASSANE  
05 22 80 61 41 / 06 60 60

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Khalid Age : 20

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Problème respiratoire et digestif

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10 JAN 2013

Elouay

RELEVE 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
14/01/23			190,-	INP : 11111111111111111111111111111111
				Dr. ASMA PEDIATRE - INP : 11111111111111111111111111111111
				Medecin : Dr. ASMA PEDIATRE - INP : 11111111111111111111111111111111
				Signature : Dr. ASMA PEDIATRE - INP : 11111111111111111111111111111111
				Numero de telephone : 06 60 60 60 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
04/07/2023 ROUTE M. THAMIS CASABLANCA 071 63 31 83	04/07/23	93,90 133,90

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																									
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
				MONTANTS DES SOINS																									
				DÉBUT D'EXÉCUTION																									
				FIN D'EXÉCUTION																									
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																									
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">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 style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>					H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		H
				H		G																							
				25533412	21433552																								
				00000000	00000000																								
D		G																											
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
B		H																											
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																													



# وصفة ORDONNANCE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le 04/01/2023

Idriss khaldi

2 - Vides forte - 10 g (S.V.)  
40,00  
2 - 80,00

rupa 31-

2 - vogale 5  
11,30 - 18 rupa x

3 - Omiz 10 (S.V.)  
23,60 - 7 gel 6/10

4 - Feltrex 500 (S.V.)  
19,00  
93,90 - 7.8x31-

133,90

Medicin Khalti ERRAHIM  
Surie Moule Thamie  
Oulek Ahme Dzir  
CASA

PPV 40DH00  
EXP 05/2025  
LOT 24045 3

PPV 40DH00  
EXP 05/2025  
LOT 24045 3

28,10  
Lot :  
EXP :  
PPV (DH) :

03-24  
LOT : 8196  
UT. AV : 03-24  
P.P.V : 23 DH 60

Dr. ASMA ESSOURIA  
PEDIATRE - INDO  
Bd Oued LAOU M. CIV  
Quartier Missini Oulfi  
05 22 89 61 41

156

PHARMED  
LOT : 2009  
UT. AV : 07-25  
PPV : 19DH00



N° IPP : 764791

N° SEJOUR : 230000516

FACTURE N° 2305000225

DATE D'ENTREE : 04/01/2023

DATE DE SORTIE : 04/01/2023

ASSURE :

MALADE : IDRISI, Khalid

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

## NATURE DE PRESTATION

LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
				% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470076 DR ESSOUIBA ASMA

TOTALS : 190.00

190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU : 190.00

DATE FACTURE : 04/01/2023

EDITEE LE : 04/01/2023

PAR: HAMAL

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA



N° DE POLICE :

Reglement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT

BANQUE :

BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

N° compte bancaire :

011 780 0000 71 210 00 60070 49