

# 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
- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064083

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10561 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Aïboudi MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse : Salmia II

Tél. : 2563 Total des frais engagés : 5000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 01/01/2023

Nom et prénom du malade : EL Aïboudi Ilyass Age : 13 ans

Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/01/23			190,-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/01/23

311,30

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

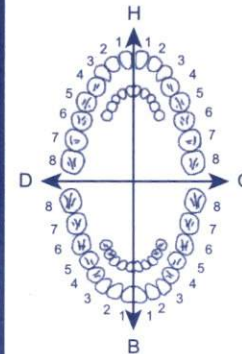
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

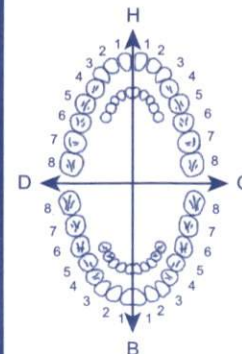
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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



# وصفة ORDONNANCE



Le 03/01/2023

El Aïmouli Iwars

21.00

1- Febrex Sachets

20 AS x 31 j

21- Apixol Spray

15.70 Apul x 31 j

31- Toplexil Sirop

21.70 1 Cac x 31 j

41- Aspiric 250mg Sachets

AS x 31 j

PHARMED LOT : 3584  
UT.AV: 11-25  
PPV: 21DH00



8 032578 479676

LOT 220620  
2025/08  
PPC: 89,50 DH

TOPLIXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V : 15DH70

LOT : 22E045  
PER: 10 2024



6 118000 060901

ASPEGIC 250MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH70

LOT : 22E006  
PER: 04 2024



5 118000 061106

163.49

5/- Monozelcar Cp.

311.30  $\frac{1}{2}$  Cp x 21 J

MONOZECLAR® 500mg  
Boite de 10 COM PEL  
P.P.V. : 163,40 DH



6 118001 183838

Maphar  
Km 10, route côtière 111  
QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca  
Morocco

Dr. El ARABH Houda  
Pediatre - U.I. 511  
Ben MSik - Casa  
Tel : 0622.38.97.30  
TOUHANI Mustapha  
Docteur en Pharmacie



POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
20200 CASABLANCA  
Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 764626 N° SEJOUR : 230000340

FACTURE N° 2305000180

DATE D'ENTREE : 03/01/2023 DATE DE SORTIE : 03/01/2023

ASSURE :

MALADE : EL AIBOUDI, Ilias  
NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :  
TIERS PAYANT 2 :  
REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL AIBOUDI, Ilias

NATURE DE PRESTATION	LETRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : M0400001 DR EL ARABI HOUDA

TOTAUX : 190.00

190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : 190.00

RESTE DU : 0.00

ACOMPTE :

AVOIR :

DATE FACTURE : 03/01/2023

EDITEE LE : 03/01/2023 PAR: ELKERB

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement 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

