

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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'Honneur - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-702133

159337

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11082 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DAHMAMI MOHAMED

Date de naissance : 29/07/1978

Adresse : 196 BD La grande

Tél. : 0687815048

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DAHMAMI ALI

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : rhumatisme chronique

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 : CASABLANCA Le : 24/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 24/2025                        |                   |                       |                                 | 03M9793  |

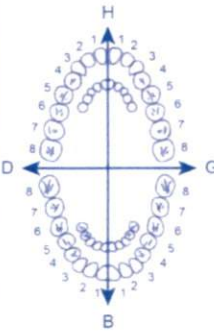
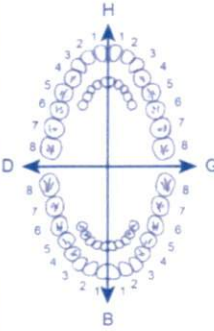
[illegible][illegible][illegible]

# 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<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient   | INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>      |          |          |          |          |          |          |          |
|---|---|---------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|    |   |                     |   | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span> |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   | MONTANTS<br>DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>      |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   | DEBUT<br>D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>       |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   | FIN<br>D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>         |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                     |   | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span> |          |          |          |          |          |          |          |
|   | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>D</span> <span>B</span> </div> |                     |   |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 |
|   | 25533412  | 21433552            |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   | 00000000  | 00000000            |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   | 00000000  | 00000000            |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   | 35533411  | 11433553            |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession   |                     |   | MONTANTS<br>DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>      |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   | DATE DU<br>DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>           |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span> |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |
|   |   |                     |   |   |          |          |          |          |          |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة ORDONNANCE



مصبة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ  
HAY HASSANI

19mo  
10kg

le

24 / 04 / 2024

DAHMANI Ahmed

DR. BAHJANASS  
PEDIATRE

16,30

1 - Souffrux 2v.  
1p4a 3/j

7j



7Siw

2 -

Coli-dyl m  
1w et 3/j

7j



60w

3 -

Eutergene 2p  
1amp/j



Pharmacie Derb El Kabir sari au  
N°100 - Sidi El Hachem  
262 Rue La Croix Lot. Ouled Ziane  
Tél: 05 22 86 41 201 - Casablanca

9,70

4 -

Doliprane suppo  
15 suppo 4/j



28,90

5 -

Amoxilimp 250g  
1w et 3/j



189,90

PPV: 28,90 DH  
LOT: 649814  
PER: 05/2025

ملاحظة طبية فقط  
لزام الجرعات الموصوفة



PPC: 75 00 DH  
N°DA: 20150908219 DMP/20UCAMAY2

Zenith Pharma

16,30

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° IP2 : 775777                          | N° SEJOUR : 230012572 | <b>FACTURE N° 2305004453</b>     |               | DATE D'ENTREE : 24/04/2023   |                | DATE DE SORTIE : 24/04/2023 |                |         |                |         |
|--|-----------------------|----------------------------------|---------------|------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|----------------|---------|
| ASSURE :                                 |                       | UF: 5002 URGENCES                |               | DESTINATAIRE : DAHMANI,Ahmed |                |                             |                |         |                |         |
| MALADE : DAHMANI,Ahmed                   |                       | N° IMMAT C.N.S.S. :              |               |                              |                |                             |                |         |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :                        |                       | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |               |                              |                |                             |                |         |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :                         |                       | N° SE. SOC. ETRANG. :            |               |                              |                |                             |                |         |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :                         |                       |                                  |               |                              |                |                             |                |         |                |         |
| REF. PC 1 :                              |                       | REF. PC 2 :                      |               |                              |                |                             |                |         |                |         |
| 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 |
| CONSULTATION DE MEDECIN                  |                       |                                  |               |                              |                |                             |                |         |                |         |
| CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F | CsN                   | 1.00                             | 190.00        | 190.00                       |                |                             |                |         | 0.00           | 190.00  |

|   |                        |                                      |                       |                                  |  |  |          |        |
|---|------------------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|--|----------|--------|
| Intervenant : 470111 DR BAHIJ ANASS                                   | TOTAUX :               | 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 : 24/04/2023   | EDITEE LE : 24/04/2023 | PAR: HAYAT                           | ACCIDENT DE TRAVAIL : |                                  |  |  |          |        |
| VISA  |                        | 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  |  |  |          |        |

