

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-702133

159337



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11082

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED

Date de naissance : 23/07/1978

Adresse : 196 BD La gloire

Tél. : 0687855048

Total des frais engagés :

Dhs

### Autres

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

DAHMANI Mohamed  
fibrose kystique

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 : 24/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
10/12/2015	100%	100%	100%	DR. BAHU AMAL 031197932

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du FDC/Chercheur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Darb El Chakfane Mme. A. Sadiq Sadiq Docteur A. Pharmacie 262, Rue La Croix Lot, Ouled Zane Tel: 05 22 81 60 - Casablanca	24/04/23	189, 90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

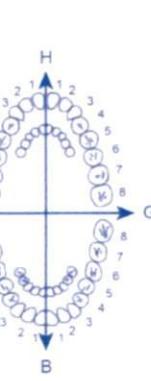
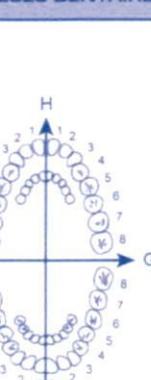
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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	INP : <input type="text"/>																	
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
G																					
				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

# وصفة ORDONNANCE

19 mois  
- 10kg

le 04/05/2020  
DR. BAHIJ ANASS  
PEDIATRE

DAMANI Ahmed

1 - 500 mg 2/j  
160 mg 3/j

2 - Colidalg 300 mg  
160 mg 3/j

3 - Entezine 200 mg  
50 mg 1/j

4 - Doliprane suppos  
75 mg x 4/j

5 - Amoxil 250 mg  
100 mg ?

189.90

75.00 DH  
LOT: 649814  
PER: 05/2025

09/2020

PPV 90470  
PER 12/25  
LOT 64196

PPV 90470  
PER 12/25  
LOT 64196

8 90111009246  
NDA 20150908219 DM/P/20/CA/NAV2  
PPC 75.00 DH  
Zenith pharma

مصحة الضمان  
Dr. Pharmacie Darb El Kabir sart au  
Mme. Souhaït E Aïid  
Porte 22 Pharmacie  
262 Rue La Croix Lot. Ouled Ziane  
Tel: 05 22 80 44 22 Casablanca



N° IP : 775777	N° SEJOUR : 230012572	FACTURE N° 2305004453				DATE D'ENTREE : 24/04/2023		DATE DE SORTIE : 24/04/2023		
ASSURE :	MALADE : DAHMANI, Ahmed					UF: 5002 URGENCES	DESTINATAIRE :	DAHMANI, Ahmed		
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b>										
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	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
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						

