

## 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° W21-799415

189803



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13301

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moustapha SADIK

Date de naissance : 08/02/1989

Adresse : 14, Dr EL OULFI, Casablanca

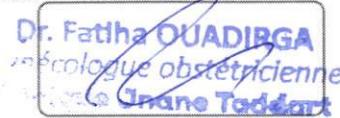
Tél. : 0670248643

Total des frais engagés : #8050,00#

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2023

Nom et prénom du malade : SBA A Latifa

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Accouchement par voie basse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

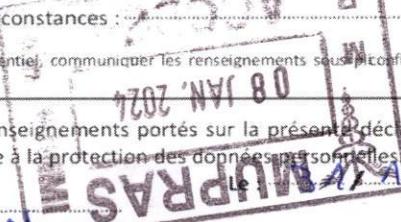
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :



08 JAN 2024

08 JAN 2024



### 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
31.12.23	Urg. Pathologie	Si 100%	8050,00DH	INP : <i>FACTURATION</i> Clinique Ibn Sina Les crêtes Pasteur 1010 Tchad Casablanca - 0525522500

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

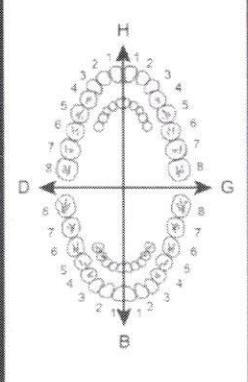
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

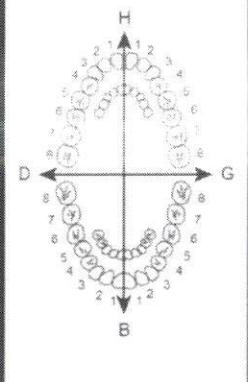


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

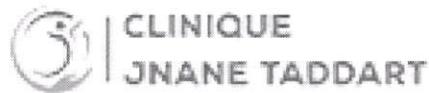
H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Procédures thérapeutique nécessaire à la prothèse



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



060065422

**FACTURE N° 202400002**

CASABLANCA Le : 02-01-2024

<b>Identification</b>									
N° Dossier : 23L31095849		N°Identifiant : 001934/23							
Nom & Prénom : Mme SBAA LATIFA EP SADIK MUSTAPHA									
C.I.N. : J556583									
Adresse : BLOC 11 NR 167 BENSERGAO AGADIR									
<b>Médecin traitant</b>		<b>Traitements</b>							
DR. OUADIRGA FATIHA		ACCOUCHEMENT NORMAL							
		Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef		
<b>Forfait</b>							Total		
ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE SIMPLE				1	5 400,00				
					<b>Sous Total</b>		5 400,00		
<b>PHARMACIE INTERNE</b>									
KIT PERIDURAL				1	1 500,00				
					<b>Sous Total</b>		1 500,00		
<b>PRESTATIONS</b>									
ACCOMPAGNANT				1	250,00				
MONITORING				1	500,00				
					<b>Sous Total</b>		750,00		
<b>HONORAIRE MEDECIN</b>									
DR. BENNANI OUADIA				1	400,00				
Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>HUIT MILLE CINQUANTE DIRHAMS</b>					<b>Sous Total</b>		400,00		
					<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>8 050,00</b>		

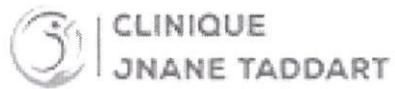
FACTURATION  
Clinique Jnane Taddart  
19 Bd Taddart les Crêtes Ain Chok Casablanca - 0522522504

Casablanca le 31/12/2023

## PLI CONFIDENTIEL

Je soussigné, Dr , certifie que Mme SBAA LATIFA EP SADIK MUSTAPHA a accouché ce jour ,par voie basse à la **Clinique Jnane Taddart**.

Dr. Fatiha QUADRGA  
Gynécologue obstétricienne  
Clinique Jnane Taddart  
INP : 091167049



## BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 23L31095849

NOM DU PATIENT Mme SBAA LATIFA EP SADIK MUSTAPHA

MÉDECIN TRAITANT OUADIRGA FATIHA

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 31/12/2023

DATE DE SORTIE 03/01/2024

**FACTURATION**  
Clinique Jnane Taddart  
Les crêtes d'Asie Taddart N°19  
Ain Chock Casablanca - 05225229