

# 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](http://www.mupras.com)

264034

## Déclaration de Maladie : N° S19-0048468

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11694

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HACHIMI IKHALID

Date de naissance : 17/02/1970

Adresse : 32, RUE SOUS, QUARTIER CUBA Casablanca

Tél. : 06 72 96 32 56 Total des frais engagés : 239,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/04/2024

Nom et prénom du malade : hachim ben fahim ikhalid Age : 54

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Obstruction

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 : 05/15/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Hachim Ben Fahim

### 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
28/04/24	CSR	190.00	190.00	BANIJ ANAL EDIATR

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BP	28/04/24	49,40

### 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

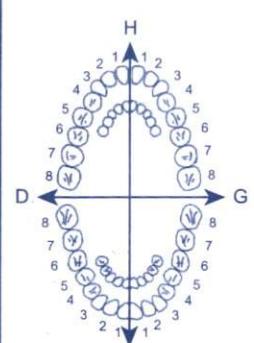
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

281 241 604  
وصفة

ORDONNANCE



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ  
HAY HASSANI

HACHIM: lou jame LATTIFA

37,40

le .....

37,40

(1) . brom) losr my

Max 3/1 8

12,00

(2) . Soli pou e sappo 300mg

1 sum &

DR. BAHIJ  
FEDAT

49,40

PPV	12	DH	00
PER	01/27		
LGT	N 316		

12100

DR. BAHIJ ADDAMAN  
FEDAT  
Dr. BAHIJ ADDAMAN - Bonnefond  
Dr. BAHIJ ADDAMAN - Tizi Mellal - Ourzazate

DR. BAHIJ ADDAMAN  
FEDAT

Matricule : 11694

FACTURE N° :F240512958/P

N° classement : PAYANT - 12805



90001538

DATE FACTURE : 28-04-2024

Identification patient

N° IPP : 2400056701

Nom et prénom : HACHIMI LOUJAIN LATIFA

N° d'admission : S240504665

Information

Date d'entrée : 28/04/2024 07:16

Date de sortie :

Organisme 1 : PAYANT (Payant)

N° immatriculation 2 :

Service d'entrée : URGENCES

Medcin Traitant : Dr. BAHIJ ANASS

Service de sortie : URGENCES

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOURS FERIES)	470111	CsN	1	190,00	0,00	190.00
						TOTAL 190,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
CsN	0,00	0,00	0,00	0,00	190,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	190,00 Dhs	-

Montant dû : 190,00

Avances : 0,00

Montant Réglé : 190,00

Reste du : 0,00

Avoir : 0,00

TOTAL FACTURE : 190,00 Dhs

Arrêtée la présente facture de la part patient  
à la somme de :

cent quatre vingt dix Dirhams

190,00 Dhs

EDITEE LE : 28 avr. 2024 à 07:16

PAR : Mme. HANNOUD IKRAM

Â = 3ans  
P = 16Kg  
T = 36,6°C

