

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

12/7/76

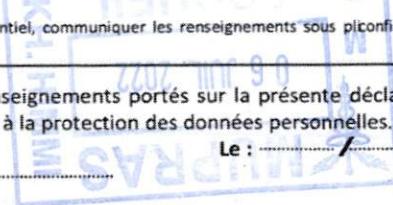
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9020	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHALIDI ADIL			
Date de naissance : 22/06/73			
Adresse : LOT YAKSOUR RUE 24 N° 25 Hay Hamam			
Tél. : 0662763203 Total des frais engagés : 293,20 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age : / /			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Urétrite aigüe + Erysipèle			
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 : / /

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
20/07/2022	KOS		15,20	INP 0912911488 Dr. Mehdi ELASRI BRAIKH Médecin Général
Caisse des Urgences Dr. Mehdi ELASRI BRAIKH				

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HAR	2022-07-13	218,00
PHARMACIE ZIRAOUD	2022-07-13	218,00
INCA	2022-07-13	218,00
22,90		

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate mesial (M), distal (D), buccal (B), and lingual (L) directions. A vertical arrow				

# وصفة

## ORDONNANCE

le 29/06/2022

KHA(D)I B.M.Z

El Oued N°

S.I.

31/05

PHARMACIE LE CREPUSCULE  
Rue 56 Lot. Hassan II N° 13  
CASABLANCA  
tél/Fax : 05 22 90 00 47

Loratadine  
LOT : 6424  
UT. AV : 01-23  
P.P.V : 32 DH 00

Doliprane 500 mg x 8

S.I.

21/06

15,80  
PPV 15 DH 80  
02/25  
LOT L 643

IXOR 10 mg

PPV 86DH00

EXP 06/2022

LOT 16038

Mefenamique 800 mg x 15

S.I.

30/06

LOT : 7073  
UT. AV : 02-24  
P.P.V : 34 DH 40

Dr. Mehdi EL ASRI TRAIKI  
Médecin Général

5/ Predni 20 →  
S.I. 20/5 m.ti phos

6/ Flagyl 250 →  
S.I. 250 mg phos

49180  
218,00

Dr. Mehdi EL ASRI TRAIKI  
Médecin Général

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80  
920201:1926  
A520312:101



S/N 11800001060062



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Khalid Prénom : Mohamed

1) Date de la constatation de l'état de malade :

29/06/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Urticaria opic  
+ Anaphylaxis  
epipen

3) Traitement envisagé et actes :

VC + AMI 3

adrenale

- Spf

2) Durée prévisible du traitement :

A LE 29/06/2022

Signature

Dr. Mendi ELASRI TRAIKI  
Médecin Général



N° IPP :	599943	N° SEJOUR :	220020942	<b>FACTURE N° 2205007914</b>				DATE D'ENTREE :	29/06/2022	DATE DE SORTIE :	29/06/2022			
ASSURE :								DESTINATAIRE :						
MALADE :	KHALIDI,Adil				UF:	5002 URGENCES				DESTINATAIRE :	KHALIDI,Adil			
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :									
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				
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>														
Acte de Spécialité Médicale	K	5.00	22.50	112.50						0.00		112.50		
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>														
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50						0.00		22.50		
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				29.05						0.00		29.05		
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				11.15						0.00		11.15		

Intervenant : M0200038 DR ELASRI TRAIKI MEHDI	TOTAUX :	175.20							175.20	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE QUINZE DHS ET VINGT CENTIMES	PLAFOND PC :							ACOMPTE :		
	REMISE :	0.00	REGLE :	175.20				AVOIR :		
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 29/06/2022	EDITEE LE : 29/06/2022	PAR: LAMLIH	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA	N° DE POLICE :							DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI										
BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA										
N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54										

*Caisse des Urgences*  
*29/06/2022*