

## 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

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

N° W21-723901

131282

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricole : 19688 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAROU BOUSSAMA

Date de naissance : 19.12.1985

Adresse : 84 H.9, résidence cœur de vie, ville verte  
Bouakoura

Tél. : 06 150 97972 Total des frais engagés : 516,31 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/07/2022

Nom et prénom du malade : Boucharou YANIS Age:

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : DNA sur GSD inuclu

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 : 04/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : Boucharou



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

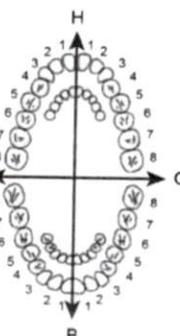
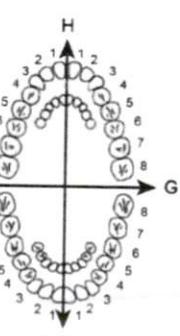
## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **VOLET ADHERENT**

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

SOINS DENTAIRES			INP : [ ]															
Traitées	Soins	Coefficient																
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]															
			MONTANTS DES SOINS [ ]															
			DEBUT D'EXECUTION [ ]															
			FIN D'EXECUTION [ ]															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																		
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
 <p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <p style="text-align: center;"><b>D</b> ← → <b>G</b></p> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p>																		
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	<b>B</b>			
H	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
<b>B</b>																		
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  <p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <p style="text-align: center;"><b>D</b> ← → <b>G</b></p> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p>																		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]															
			MONTANTS DES SOINS [ ]															
			DATE DU DEVIS [ ]															
			DATE DE L'EXECUTION [ ]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Temara, le :

Bouchra Yanis

- sans vomissement inversif +
- diarrhée
- ↳ perfusion de l'urine

pas d'amélioration

Dr. EL MASNAOUUI NADIA  
Pédiatre  
Réanimation Neonatale  
Lot Wifaq EQ1  
NPE 1013/61



Temara, le : 24/10/12

yanis Bonchoum

compte rendu

enfit de l'aus pré nte des  
 vomissements avec diarrhée  
 à begu claque + déodes +  
 spasme en IV  
 mis sous tinsurol ultralent  
 ➡ mésir + Nausel

*polyclinique WIFAK  
Urgences*



**POLYCLINIQUE WIFAK**

**F A C T U R E**

N° Admission : 22G0879-01E

N° 5 452 / 2022 du 24/07/2022

Nom patient	<b>BOUCHOUM YANIS</b>	Entrée 24/07/2022	Sortie 24/07/2022
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
CONSULTATION (URG)	1,00		350,00	350,00
ACTE DE PERfusion	1,00		100,00	100,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>450,00</b>
PHARMACIE	1,00		66,37	66,37
			<b>Sous-Total</b>	<b>66,37</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>516,37</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>CINQ CENT SEIZE DIRHAMS TRENTE-SEPT CENTIMES</i>		<b>Total général</b>	<b>516,37</b>
---	--	----------------------	---------------

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		<b>516,37</b>	<b>516,37</b>	<b>0,00</b>

*Polyclinique WIFAK*  
**Polyclinique WIFAK**  
**Caisse ③**

**ANNEXE PHARMACIE**

PAYANT

Nom patient : BOUCHOUUM YANIS	N° Facture	5 452	22G0879-01E
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CLOPRAINE/INJ INJ (10)	1	1,39	1,39
COMPRESSE 10*10 P10 (01)	1	6,75	6,75
INTRANUL 22 G BLEU (001)	1	3,30	3,30
OMEPRAZOLE 40 MG INJ (01)	1	29,90	29,90
PERFUSEUR AVEC ROBINE 3V (01)	1	7,35	7,35
SERUM SALE 0,9% 250ML SOLUTIO (01)	1	9,00	9,00
SPARADRAP URGODERM 5*10 (10)	1	5,25	5,25
SPASFON 40 MG 4 ML INJ N.A (06)	1	3,43	3,43
<b>Total pharmacie</b>			<b>66,37</b>

*Polyclinique WFAK*