

# 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.

Maladie

Dentaire

M22- 0027201

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7735 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : WASMIS Soudia  
 Date de naissance : 10/11/2164  
 Adresse : Habib Bourguiba  
 Tél. : 0676786605 Total des frais engagés : 4299 + 378,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/04/2023

Nom et prénom du malade : Age: 58

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : MAM Le : 07/04/2023

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
07/04/2023	facture		402,95	
04/04/2023	100 = 50401123			
				Dr. LOURIZ Maha Spécialiste en Urgodentologie 0611825252

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL WIA 252 BD QUED SEBOU OULFA CASA INPE TÉL 05 22 91 17 31 0920308490	07/04/2023	378,65

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	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

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

04.04.04 INPE : 061185262  
Dr. LOURIZ MAAHAD Specialiste en Urgence et

Mme WASMIA AADIA

74,80 41 Septem Soong  
10g 15 gr 5+

74,80 / 02/2038  
PER: 11/2025  
PPV: 74,80 DH



30,80 2) Trimedatrop  
100s 3x10

LOT: 4117  
PER: 12-27  
P.P.V. 30 DH 80

1) SE HAYEL  
052229111  
092030943

100,00 3) Enterogelule  
100g 10

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Alm sebâa Casablanca  
Enterogermina 4 milliards  
susp b 10 fl 5 ml  
P.P.V 100,00 DH

6118001 082216

28,10 4) Yogalac 100g  
100s 3x10

LOT: 2559  
PER: 10/25  
PPV: 46DH00

46,00 5) Stenozol 20

98,90  
AEB978  
10/2024

98,90 6) Gavilon  
100s 3x10

10,378,60

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 50 471 / 2023 du 07/04/23

Nom patient : WASMIH SAADIA

Entrée 07/04/23

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/04/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
PHARMACIE	1,00		102,99 Sous-Total	102,99 102,99
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>402,99</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-NEUF CENTIMES

**Total 402,99**

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	402,99				402,99	0,00

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

07/04/2023

12:37

Nom Patient	:	WASMIH SAADIA	Numéro dossier :	2300667112
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.
07/04/2023	INTRANULE G 20	1496355	1,00	1,95
07/04/2023	SERINGUE 20ML	1496355	1,00	2,11
07/04/2023	SERINGUE 5ML	1496355	1,00	1,01
07/04/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1496355	1,00	1,20
07/04/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1496355	1,00	0,18
07/04/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1496355	1,00	5,86
07/04/2023	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1496355	1,00	15,02
07/04/2023	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1496355	1,00	6,34
07/04/2023	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1496355	1,00	1,39
07/04/2023	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1496355	1,00	29,90
07/04/2023	METRONIDAZOLE NORMON 500mg INJECTA (5)(1)	1496355	1,00	13,60
07/04/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1496355	1,00	13,10
07/04/2023	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1496355	1,00	4,99
07/04/2023	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1496378	1,00	6,34
				<b>Total pharmacie 102,99</b>



A large, handwritten signature is written over a blue circular stamp. The stamp contains the text 'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID' and a date '05/04/2023'. The handwritten signature appears to be a name, possibly 'SAADIA'.