

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-0024431

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

193963
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bourouis Hassama

Date de naissance : 30/10/48

Adresse : 268, Bd Ziroua N° 7 CASA

Tél. : 0662717779 Total des frais engagés : 320 x 147,88 + 255,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2024

Nom et prénom du malade : Bourouis Hassama Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Syndrome Général

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 : CASA

Le : 06/02/2024

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
07.10.17			300 DH	<i>Dr. OUZZAHRA MARAFI</i> Polyclinique Anesthésie - Réanimation Signature : 07/29761

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMA SULLAID Centre commercial Rive Gauche ICE : 00174200000000000000 IF : 207265559C 12579	07/01/2024	255.50 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
07/01/2014	1000064070	✓	FA dm			147,82

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

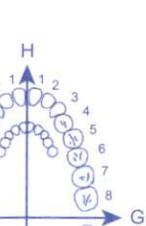
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p>
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Temara, le : 17/01/2024

PPU : 168,20 DH
LOT : 652427
PER : 05/25

Mme Hassania Boussois

PPU : 100DH30
PER : 09/26
LOT : M3318

① Augmentin 1g 15x02ij p2107 168,20

② Aspirine 500mg 15x01ij 10,30

③ Rhumix 15x01ij 22,00

④ Mamef 300mg 15ij 55,00

INPE: 102092001

T = 255,50 dh
PHARMA DIA
Centre commercial du Gouraud
ICE : 06171433100040
IF : 2026353RC122579

Dr. SUZAHRA MAFI - NE
Anesthésie - Réanimateur
INPE : 061297615



Temara, le : 01/07/2024

compte Rendu

Mme Hassania Bourouis. Agee de 76 ans. ATC:
HTA sous Traitement. Admise sous cajphelin +
fievre + Asthénie.

Elle est : patiente consciente, engonçante - Fr: 90bpm
TA: 170/80 mmHg - SpO_2 : 97% - PIA: 1380

Consultation : RAS.

CAT: VVA + Anabol 500, IgG, IgM.

- sortie sous traitement symptomatique

*POLYCLINIQUE WIFAK
TANANARIVE*

Reçu de caisse

N° : 2401071504280430 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22L0414-09A	BOUROUIS HASSANIA	07/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		447,88
PAYANT	Total payé	447,88
QUATRE CENT QUARANTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGT-HUIT CENTIMES		

Reçu établi par : JIHANE

Polyclinique WIFAK
Caisse

POLYCLINIQUE WIFAK

F A C T U R E

N° Admission : 22L0414-09A

N° 147 / 2024 du 07/01/2024

Nom patient	BOUROUIS HASSANIA	Entrée 07/01/2024	Sortie 07/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION (URG)	1,00		300,00	300,00
ACTE DE PERfusion	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	400,00
PHARMACIE	1,00		47,88	47,88
			Sous-Total	47,88
Total Frais Clinique				447,88

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENT QUARANTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGT-HUIT CENTIMES		Total général	447,88

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	447,88			447,88	0,00


Polyclinique Wifak
Caisse

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient BOUROUIS HASSANIA	N° Facture :	147	2L0414-09A
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
PARACETAMOL 10MG /100ml INJ (10)(1)	1	13,50	13,50
SULFATE DE MAGNE INJ (50)(1)	1	2,50	2,50
Sous-Total médicaments			16,00
COMPRESSE 10*10 P5 (01)	1	4,05	4,05
GANT EXAMEN LATEX (100)(1)	2	0,94	1,88
INTRANUL 22 G BLEU (001)	2	3,30	6,60
PERFUSEUR AVEC ROBINE 3V (01)	1	10,50	10,50
SERINGUE 10 CC G21 (01)	2	2,55	5,10
SPARADRAP URGODERM 10*10 (10)(1)	1	3,75	3,75
Sous-Total consommable médical			31,88
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	47,88

Polyclinique de Ann
Caisse ②