

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23- 0024431

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUROUIS Hassania  
Date de naissance : 30/10/48  
Adresse : 268, Bd ziraoui N°7 CASA  
Tél : 066271779 Total des frais engagés : 300 + 147,88 + 255,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2024  
Nom et prénom du malade : BOUROUIS Hassania Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Syndrome Grigal  
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# RELEVÉ 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
07/01/24			30004	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/2024	255.10 dhs
INPE: 102092004		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

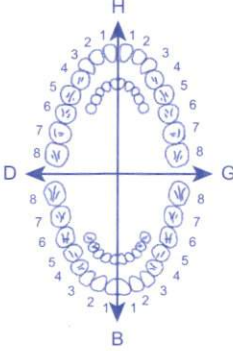
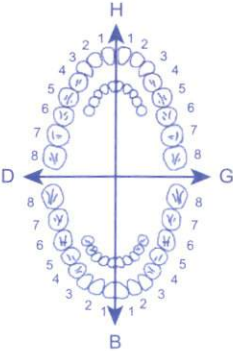
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
07/01/24						147,8804

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Temara, le : 07/07/2024

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

Mme Hassania Bourouis

PPV: 10DH30  
PER: 09/26  
LOT: M3318

① Augmentin 1g 15x02j, patotj

168,20

② Doliprane 500mg 1j x 04j

1930

③ Rhumia 15x04j

22.00

④ Maref 300mg 15j

55,00

T = 255,50 dh

INPE: 1020920001

PHARMA SQUARE  
Centre commercial Maroc Square  
ICE : 041714551000040  
IF: 20726353RC 122579

Polyclinique Wifak  
Dr. OZZAHRA MARIANE  
Anesthésie - Réanimateur  
INPE : 041297615



Temara, le : 07/01/2024

## Compte Rendu

Mme Hassania Bourouis. Agee de 76 ans. ATC:  
 HTA sous Traitement. Admise pour céphalée et  
 fièvre et Asthénie.

l'exa: patiente consciente, euphorique - FC: 90b/m

TA: 170/80 mmHg - SpO<sub>2</sub>: 97% - PNA - T: 38°C

l'auscultation: RAS.

CAT: VMA Am dol 1g, 1g 4<sup>es</sup>.

- sortie sous Traitement symptomatique

POLYCLINIQUE WIFAK

TEMARA

## 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
PRESTATIONS INTERNES				
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

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

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	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 Unité An  
Caisse ②