

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**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



**Déclaration de Maladie**  
**M22- 0013097**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05483 Société : Fam 200325  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AOU DANI SAID  
Date de naissance : 20/01/1963  
Adresse : Rue 529 NR 936 DB RAJAL CASABLANCA  
CITE HASSANI  
Tél. : 06 61 39 53 54 Total des frais engagés : 384,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/3/2024  
Nom et prénom du malade : ELKRAM HAFIDA Age : 57  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : MUPRAS  
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/03/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
16/03/24	CN + PM	287	189,33	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/03/24

184,60

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

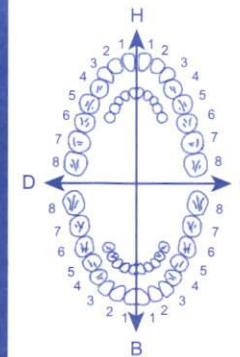
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

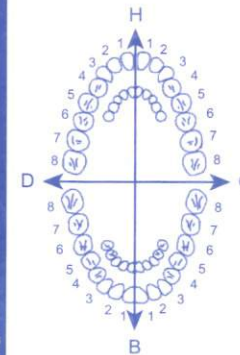
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



## ORDONNANCE MEDICALE

IPP: 2400023555



N° dossier: Urgences\_1677/2024

Nom et prénom du patient: KARAM HAFIDA

Date naissance: 31/01/1967 (57 ans)

Service: URGENCES

LOT : M1239  
PER : 12/2025  
PPV : 64,50DH

34.70

**BIOMYLASE 200 u ceip suspension buvable voie orale**

200 U CEIP, voie orale 3 fois par Jour(s) Jour(s)

**BIOVANIC 500MG 500 mg comprimé pellicule sécable voie orale**

500 mg, voie orale 1 fois par Jour(s) pendant 5 Jour(s)

**PREZAR 50 MG 50 mg comprimé pellicule sécable voie orale**

50 mg, voie orale 1 fois par Jour(s) pendant 1 Mois

**weez vit c / zinc**

1 cp buccal 1 fois par Jour(s) Jour(s)

PPV: 82 DH  
PER: 12/26  
LOT: M4368

34.70

Editée le: 16/03/2024 01:48

Signature et cachet du médecin  
**Dr. ARMIL KHADIJA**

184.60

PHARMACIE  
D. J. JEMSEFFER  
16, Boulevard d'Anfa  
Tél: 05 22 36 24 79



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
BD ZIRAOUI, ANG RUE GENERAL HENRYS RUE ABOU AI ABBAS,  
CASABLANCA 20250.

05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90, 05 22 29 88 54 .05 22 22 29 91.  
INPE : 090001553, ICE : 001757364000080 , IF: 1602058

**FACTURE N° :F240513840/P**

N° classement : PAYANT - 11782



090001553

DATE FACTURE : 16-03-2024

**Identification patient**

N° IPP : 2400023555

Nom et prénom : KARAM HAFIDA

N° d'admission : S240504200

**Information**

Date d'entrée : 16/03/2024 01:01

Organisme 1 : PAYANT (Payant)

Service d'entrée : URGENCES

Date de sortie : 16/03/2024 01:55

N° immatriculation 2 :

Medecin Traitant : Dr. ARMIL KHADIJA

Service de sortie : URGENCES

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX : ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	-	AMI	5	37,50	0,00	37.50
ACTES COTES EN C : CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOURS FERIES)	M0200034	CN	1	120,00	0,00	120.00

Total Pharmacie :	31,83
-------------------	-------

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	0,00	0,00	0,00	0,00	37,50	100,00
CN	0,00	0,00	0,00	0,00	120,00	100,00
PHAMO	0,00	0,00	0,00	0,00	24,63	100,00
DM NON REMBOURSAB	0,00	0,00	0,00	0,00	7,20	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	189,33 Dhs	-

Montant dû : 189,33

Avances : 0,00

Montant Régulé : 189,33

Reste du : 0,00

**TOTAL FACTURE : 189,33 Dhs**



Avoir : 0,00

Arrêtée la présente facture de la part patient  
à la somme de :

cent quatre vingt neuf Dirhams trente trois Centimes

189,33 Dhs

EDITEE LE : 16 mars 2024 à 01:57

PAR : BELLAYNI SANA