

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3053

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIR ZAKARIA

Date de naissance : 23.03.1958

Adresse : Val Fleuri N° 76 Rue ALBERT SONSOU

Maroc Casablanca - Dakhla Oued Ed-Dahab

Tél. : 06.18.85.65.27

Total des frais engagés : 725 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SAMIR KHADIFI 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 :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLES

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'ODE.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 16) arranged in two rows. Each tooth is accompanied by a small circle containing a symbol representing orthodontic treatment or status:

- Upper Row:**
 - Tooth 1: Circle with a vertical line.
 - Tooth 2: Circle with a horizontal line.
 - Tooth 3: Circle with a checkmark.
 - Tooth 4: Circle with a question mark.
 - Tooth 5: Circle with a checkmark.
 - Tooth 6: Circle with a question mark.
 - Tooth 7: Circle with a checkmark.
 - Tooth 8: Circle with a question mark.
- Lower Row:**
 - Tooth 1: Circle with a question mark.
 - Tooth 2: Circle with a checkmark.
 - Tooth 3: Circle with a question mark.
 - Tooth 4: Circle with a checkmark.
 - Tooth 5: Circle with a question mark.
 - Tooth 6: Circle with a checkmark.
 - Tooth 7: Circle with a question mark.
 - Tooth 8: Circle with a checkmark.

The arch is centered on a coordinate system with the following labels:

- D:** Located at the left end of the horizontal axis.
- G:** Located at the right end of the horizontal axis.
- H:** Located at the top end of the vertical axis.
- B:** Located at the bottom end of the vertical axis.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

77, Rue François Ponsard CASABLANCA
 Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE
 CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

FACTURE

Client.....: MME SAMIR KHADIJA

ICE.....:

Date.....: 03/08/2023

FACTURE.....N°: 10

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
1 4	CRESTOR 10MG 28CP	167.00!	668.00!	0!
1 1	ILD-NOR 10MG	57.80!	57.80!	0!
DONT TVA: 7 %: 0.00		TOTAL :	725.80	
DONT TVA: 20 %: 0.00		TOTAL NET:	725.80	
TOTAL TVA : 0.00				

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

SEPT CENT VINGT CINQ Dirhams 80 Centimes

LOT : 221191
 EXP : 09/2025
 PPV : 57,80 DH



Maphar
 Bd Alkmia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkmia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkmia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkmia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

PHARMACIE EL HILAL

77, Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:00151323900014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client.....: MME SAMIR KHADIJA

ICE.....:

Date.....: 11/08/2023

FACTURE.....N°: 11

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT !TVA!
1	CRESTOR 10MG 28CP	167.00	167.00 0
DONT TVA: 7 %:	0.00	TOTAL :	167.00
DONT TVA: 20 %:	0.00		
TOTAL TVA :	0.00	TOLAL NET:	167.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
CENT SOIXANTE SEPT Dirhams 00 Centimes

