

# 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.

M23-0018869  
*178926*

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1121 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*ZAKRADI fatima ep ZOHEIR*

Date de naissance :

*21-12-1950*

Adresse :

Tél. : 0661464949

Total des frais engagés : 115,82 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

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 : *CASABLANCA*

Le : *11/10/2023*

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date                         | Montant de la Facture |
|--|------------------------------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE NOUR</b><br><b>KABBAJ Soumia</b><br><u>108, Angle Bd Yacoub El Mansour</u><br><u>et Sidi Abderrahmane - Casablanca</u><br><b>Tél : 0522 36 89 12 / 11</b> | <u>12/10/</u><br><u>2023</u> | <u>115.60</u>         |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 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<br>PROTHESES DENTAIRES | <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             |                         | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | G |
| H                            | G  |                  |             |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| 25533412                     | 21433552   |                  |             |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| D                            | B  |                  |             |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| 35533411                     | 11433553   |                  |             |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| B                            | G  |                  |             |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                              |  |                  |             | 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

PHARMACIE NOUR  
DR SOUMIA KABBAJ  
10B, ANGLE BD YAACOUB EL MANSOUR  
ET SIDI ABDERRAHMANE

Tél : 0522590010

12/10/2023

ZAKRAOUI FATIMA

FACTURE N° : 414

du 12/10/2023

| Qté | Désignation                 | Prix PPV | Montant PPV | TVA |
|-----|-----------------------------|----------|-------------|-----|
| 1   | POLYDEXA GTTES AURICULAIRES | 21,80    | 21,80       | 7%  |
| 1   | EUCARBON 30 CPS             | 32,00    | 32,00       | 7%  |
| 1   | CRISTAL ADULTES 10 SUPPOS   | 9,00     | 9,00        | 7%  |
| 1   | OEDES 20MG 14CPS            | 52,80    | 52,80       | 7%  |

Total TTC 115,60

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
CENT QUINZE DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

|       | TAUX | HT     | TVA  | TTC    |
|-------|------|--------|------|--------|
| 7.00% | 7,00 | 108,04 | 7,56 | 115,60 |
|       |      | 108,04 | 7,56 | 115,60 |

PHARMACIE NOUR  
KABBAJ Soumia  
10B, Angle Bd yaacoub El Mansour  
et Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél : 0522 36 09 13 / 11