

*23/11*

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                        | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                          |  |                                  |                                 |
| Matricule : <b>03508</b>                                | Société : <b>RAM</b>                             |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                          | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre   |                                 |
| Nom & Prénom : <b>EL YAZIDI ABDELLAH MANE</b>           |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>1950</b>                         |  |                                  |                                 |
| Adresse : <b>Rue 528, n° 17, Erac Bouargane, Agadir</b> |  |                                  |                                 |
| Tél. : <b>06 66 60 31 24</b>                            | Total des frais engagés : <b>45,40</b> Dhs       |                                  |                                 |

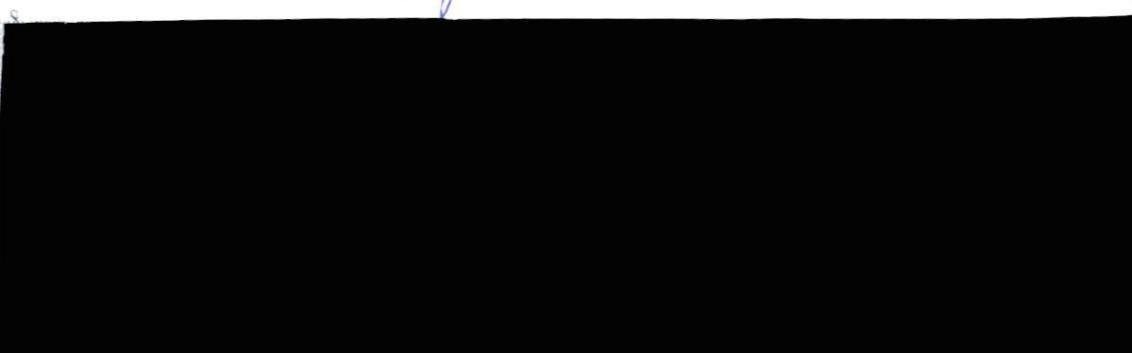
|   |   |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin  | <b>MUPRAS</b><br><br>19 100 0001 |
| Cachet du médecin :   |   |
| Date de consultation :  |   |
| Nom et prénom du malade :   | <b>MOUNIR ZAINABA ACCUEIL 1966</b>  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant      |
| Nature de la maladie :  |   |
| 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 : **AGADIR**

Le : **23/11/2008**

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | INP : <input type="text"/> |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |

INP : | | | | | | |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| FARMACIE<br>IMAN AL BOUKHARI<br>DE BIGNAPEN FATIMA ZAHRA<br>100, Avenue Al Boukari<br>ETIC LEBANON - BANQUE<br>Tél/Fax : 05 28 22 14 3 | 23.11.20 | 45,40                 |
|  | 0034439  |                       |

INP : 042034439  
ANALYSES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MÉDICAUX

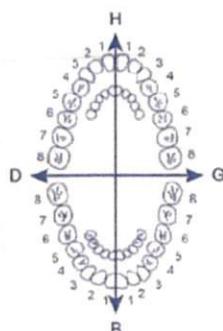
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 :**

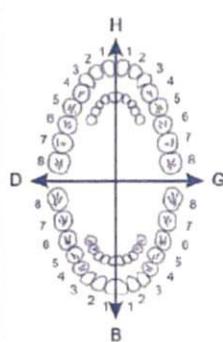
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | C        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBIT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

**COEFFICIENT  
DES TRAVAUX**

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Facture N° 20201215-349

Date de vente : 23/11/2020  
Médecin traitant :

MOUNIR ZAINABA

AGADIR  
Maroc

| Produit                   | Qté. | P.U   | TVA         | Total |
|---------------------------|------|-------|-------------|-------|
| RINOMICINE ST B10 SACHETS | 2    | 22,70 | TVA (7.00%) | 45,40 |

|              |                  |
|--------------|------------------|
| Total HT     | 42,43 DHS        |
| TVA          | 2,97 DHS         |
| <b>Total</b> | <b>45,40 DHS</b> |

**Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-cinq DHS et quarante centimes**



**حالات نزلة برد - زكام**

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نبع ملء حمى



مسحوق لتنقير الشفافيب

أكياس 10

٢٢,٧٠

مختبرات الصيدلة فارما ٥  
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

**حالات نزلة برد - زكام**

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نبع ملء حمى



مسحوق لتنقير الشفافيب

أكياس 10

٢٢,٧٠

مختبرات الصيدلة فارما ٥  
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول