

## 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.

|   |  |                                    |                                 |
|---|--|------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique   | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |  |                                    |                                 |
| Matricule : 7789                            | Société : RAM                                |                                    |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)        | <input type="checkbox"/> Autre :   |                                 |
| Nom & Prénom : ZAÏTIA SAÏD                  |  |                                    |                                 |
| Date de naissance : 28/01/1968              |  |                                    |                                 |
| Adresse :                                   |  |                                    |                                 |
| Tél. : 06 42 37 23 04                       |  | Total des frais engagés : 7000 Dhs |                                 |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation :  |  |
| Nom et prénom du malade : BELAOUCHI NASSIRA   |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même   |  |
| Age : 52  |  |
| 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 : NOUACEUR

Le : 03/07/2022

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"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br>253 Pôle Santé<br>Albancà 18 | 02/07/22 | 750,00                |

|  |      |
|--|------|
| EXECUTION DES ORDRES   |      |
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date |
| <br>Mme S. 02/07/22<br>Casablanca |      |
| ANALYSES - RADIO   |      |
| Cachet et signature du Pharmacien  |      |

Cachet et signature du

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |

## 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE L'ARGANIER

EB,253 POLE URBAIN DE NOUACEUR Z.E

Docteur en pharmacie  
DR MOUNIA ECH-CHANNA

R.C :377228 Patente:32001810  
T.V.A : C.N.S.S:9209679  
Banque:BP: 190780212118795764003583  
Tél :0522539693

Le 02/07/2022

## FACTURE N°38031

N° ICE : 000427065000023

N° IF : 40275981

MME BELAOUCHI NASSIRA

ICE N° :

| Qté | Désignation             | PPV Unitaire | Total BRUT  | Dont TVA | % Taux |
|-----|-------------------------|--------------|---|----------|--------|
| 1   | STAL 300IR 315/314+10IR | 750,00       | 750,00  | 49,07    | 7,00   |
|     |                         |              | <p>Maphar<br/>Bd Alkimia N° 6, QL.<br/>Sidi Bernoussi, Casablanca<br/>STALORAL 300 IR/ML SOL<br/>SUBLING 360 MT F10 ML<br/>P.P.V : 750,00 DH</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>6 118001 185450</p> </div> <p><i>Pharmacie l'Arganier<br/>Mme ECH-CHANNA Mounia<br/>EB 253 Pôle Urbain Nouasseur Z.E<br/>Casablanca Tel 0522539693</i></p> |          |        |

**TOTAL T.T.C :**

**750,00**

|              |               |        |          |       |                |  |         |
|--------------|---------------|--------|----------|-------|----------------|--|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 750,00 | Montant: | 49,07 | TVA 20% Base : |  | Montant |
|--------------|---------------|--------|----------|-------|----------------|--|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Sept Cent Cinquante Dirhams.