

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.

N° W19-537572

Dos n°
6344.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : 03508			
Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDERRAHMAN			
Date de naissance : 30/06/1950			
Adresse : RUE 528 NE 17 ERAC BOUARGAN AGADIR 419			
Tél. : 0666603124 Total des frais engagés : 149 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : EL YAZIDI ABDERRAHMAN	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : **10/03/2021**
 Signature de l'adhérent(e) : **WJ**

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
IMAN AL BOUFRARI Dr. SID. A. ETIMA ZAHRA 100, Av. Iman Al Joukhar Eref Bourgane - Agadir Tél/Fax : 05 28 22 14 68	10/03/2021	491,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

VIOLET ADHERENT

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right. Each tooth is labeled with a number from 1 to 12. A vertical arrow points downwards from the center of the arch, with the letter 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE
IMAM AL BOUKHARI
Dr. SIDNAÏDEN FATIMA ZAHRA
100, Av. Imam Al Boukhari
Ercac Bouargane - Agadir
Tél/Fax : 05 28 22 14 60

Facture N° 20210310-104

Date de vente : 10/03/2021

Médecin traitant :

EL YAZIDI ABDERRAHMAN

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Tota
MYCORDERME UE 1% 30G POUDRE USAGE EXTERNE	1	49,00	TVA (7.00%)	49,00



Total HT	45,79 DHS
TVA	3,21 DHS
Total	49,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-neuf DHS

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver ce médicament dans un endroit frais et sec.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.

يترك بعيداً عن متناول وعن أنظار الأطفال.
يجب تخزين هذا الدواء في مكان بارد و جاف.
قراءة التعليمات بعناية قبل استخدام هذا الدواء.



Fabriqué par
le laboratoire pharmaceutique **IBERMA**
ZI -Lot 149-Had Soualem- Province de Berrechid Maroc
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable

MYCODERME® 1%

Poudre dermique
Nitrate d'éconazole

LOT : 08220025
PER : 08/2025
PPU : 49,00 DH



Usage externe

Flacon de 30 g