

## 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° W21-603454

63498

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 03508		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDELLAH MANE			
Date de naissance : 30/06/1960			
Adresse : RUE 528 n° 14 ERAC. BOUARGANE AGADIR			
Tél. : 0666603181		Total des frais engagés : 45 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age : 1966

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

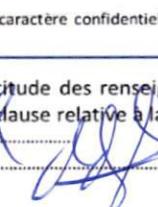
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

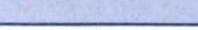
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de l'clause relative à la protection des données personnelles.

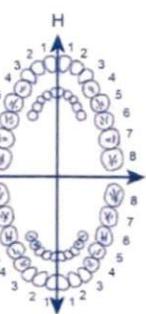
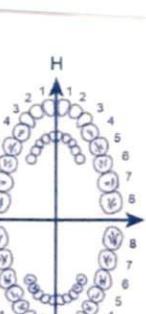
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 06/09/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/21	45,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

# PHARMACIE ARGANE

Angle rue Ibn Attia et rue Adrar, N° 39



Docteur en Pharmacie & Ph.D en phyto-aromathérap  
DES Cosmétologie & dermopharmacie  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

R.C : 39004 AGAD Patente 48127821  
T.V.A : C.N.S.S 2298893  
Banque: BP AIT SOUSS  
Tél : 0528 22 76 44 // 0

Le 19/02/2021

**FACTURE N°20321**

N° ICE : 001218171000046

**MOUNIR ZAINABA**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ARNIGE GEL 45G	45,00	45,00	2,94	7,00



**TOTAL T.T.C :**

**45,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	45,00	Montant	2,94	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	---------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Cinq dirhams.

Traumatologie bénigne en l'absence de plaie

# Arnigel®

45 g  
gel

BOIRON®



INDIQUATIONS D'UTILISATION  
Explosifs : Carbométh, solution d'hydroxyde de sodium à 10%.

éthanol à 96% V/V, eau purifiée.  
Medicament homéopathique dans le traitement  
local d'appoint en traumatologie bénigne lorsque  
les plaies sont utilisées dans le traitement  
des contusions, la fatigue musculaire, etc. (à appliquer  
sur la peau des plaies et des écorchures).  
Tremblements, douleurs dans les membres.  
Gel. Tube de 45 g.

Mode d'emploi : Arnigel sur la région  
à appliquer sur une fine couche de gel.  
Renouveler l'application une à deux fois par jour.  
Lire la notice avant utilisation.

## COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE

Medicament autorisé n° : 34009 356 502 7 6  
Téléphone et exploitation : BOIRON  
2 Avenue de l'Ouest - 92100 Nanterre - France  
Tél. pour la France Métropolitaine : 0810 809 810 (Service 0,05€ / min + prix appel)



Arnica montana tincture mère  
Pour 100 g de gel.

CIP : 34009 356 502 7 6  
Lot : 9E076A  
EXP : 11/2022



Traumatologie bénigne en l'absence de plaie

# Arnigel®

45 g  
gel

BOTTU SA  
PPV : 45 DH 00

BOIRON®