

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° W21-603390

63492

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 03508	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDELLAH		
Date de naissance : 30/06/1950		
Adresse : RUE 528 N° 17 ERAS. BAUARGANE AGADIR		
Tél. : 0666031111	Total des frais engagés : 49,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : MAUVIS ZAINAB		
Nom et prénom du malade : Age: 1966		
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 : MAPS 2021		
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEILLER		

RELEVÉ 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
 PHARMACIE BOURGANE بارجنة فارما ENAC BOURGANE	23/02/2021	49,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

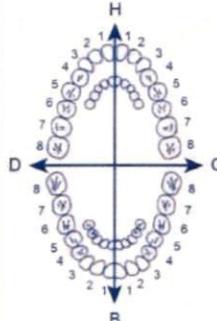
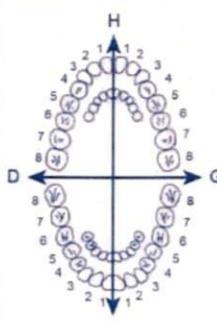
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	G 00000000		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	B 35533411			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



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 03/02/2021

FACTURE N°10321

N° ICE : 001218171000046

MOUNIR ZAINABA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SYSTRAL CREME 20G	16,60	16,60	1,09	7,00
1	BROXYL 0.3% SIROP 250 ML	33,00	33,00	2,16	7,00

Systral® Crème

PPV 16DH60
EXP 05/2025
LOT 04071 1



TOTAL T.T.C :

49,60

Nbr Articles	TVA 7% Base :	49,60	Montant	3,25	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	---------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Neuf dirhams et 60 centimes.

Laboratoire pharmaceutique

MC PHARMA, Laboratoire pharmaceutique

Lotissement Bachkou, Lot 10, Rue 7 - Casablanca
Pharmacie Responsable : O. MOTI

MC PHARMA

Fabriqué par Cooper Pharma

6 18000 340263



Ambroxol Flacon de 250 ml



Broxyl®

parahydroxybenzoate de propyle et glycerol.
du sorbitol, parahydroxybenzoate de méthyle,
Excipients à effets notoires : ce médicament contient
Excipients q.s.p. 100 ml.
(Quantité correspondante ambroxol base 0.273 g)
Ambroxol (DCI) Chlorhydrate 0.3 g
Composition :

Voie Orale

Solution buvable

0.3%

Ambroxol

Broxyl®

33,90

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

AMM N° : 264/12DMP/21/NCN

Ambroxol Broxyl®
0.3%
Solution buvable