

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-603390

63492

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDERRAHMAN

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : RUE 528 NO 17 ERAC BOUARGANE AGADIR

Tél. : 0666603144 Total des frais engagés : 49,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 1966

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

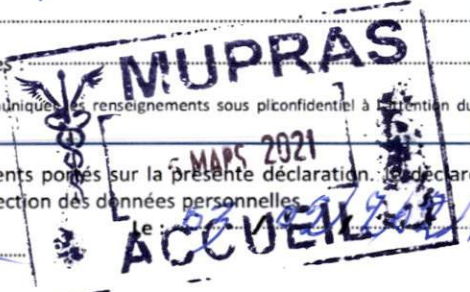
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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



03/02/2021

49,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

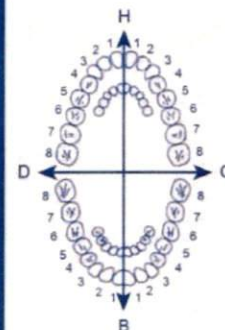
Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

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-aromathérapie
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.

Pharmacien Responsable : O. MOTIL
 Lotissement Bachkou, Lot 10, Rue 7 - Casablanca
 MC PHARMA, Laboratoire Pharmaceutique,
 Laboratoire pharmaceutique



Fabriqué par Cooper Pharma

6 118000 340263

Flacon de 250 ml

Broxyl[®]

Ambroxol

Composition :
 Ambroxol (DCI) Chlorhydrate0.3 g
 (Quantité correspondante ambroxol base.....0.273 g)
 Excipientsq.s.p. 100 ml.
 Excipients à effets notoires : ce médicament contient
 du sorbitol, parahydroxybenzoate de méthyle,
 parahydroxybenzoate de propyle et glycérol.

Solution buvable
 Voie Orale

0.3%

Broxyl[®]
 Ambroxol

33,90

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

AMM N° : 264/12DMP/21/NCN

Broxyl[®]
 Ambroxol
0.3%
Solution buvable