

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-603456

63496



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 33508

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société : RAM

Autre

EL YAZIDI ABDERRAHMAN

30/06/1950

RUE 528 N° 17 ERAZ BOUARGAÑE AGADIR

06666031811 Total des frais engagés : 50 DHS Dhs

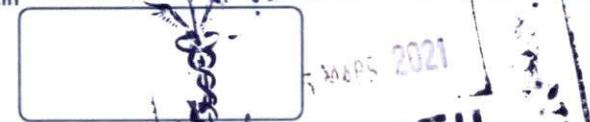
### Optique

### Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUINIR ZIHRAZA 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 : AGADIR

Le : 03/05/2021

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 Droguier Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE ERAC DROGUERIE FOURNISSEUR CHIRIAF CHIRIAF SIDI IBN ATTIA AGADIR DERMOPHARMACEUTIQUE TÉL/FAX : 028-22-76-44 SUD EST HASSI MECHMECH</p>	03/03/81	50,00

#### **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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412 00000000	21433552 00000000
D	00000000 00000000
	35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram shows a circular arrangement of numbers from 1 to 8 around a central point labeled H. The numbers are arranged in a pattern: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. A horizontal axis labeled D passes through the center, with arrows pointing left and right. A vertical axis labeled B passes through the center, with arrows pointing up and down.

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 03/03/2021

## FACTURE N°30321

N° ICE : 001218171000046

**MOUNIR ZAINABA**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DOLIPRANE 1000MG CP EFF	15,80	15,80	1,03	7,00
1	FEBREDEX/AD BTE8 SACHET	21,00	21,00	1,37	7,00
1	INONGAN PDE	13,20	13,20	0,86	7,00



**TOTAL T.T.C :**

**50,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	50,00	Montant	3,26	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	---------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinquante dirhams.

# FEBREX®

Adulte

- Rhume
- État Grippeux
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



**Pharmed**  
Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED

LOT :4473  
UT.AV: 10-23  
PPV :21DH00

# دوسيبران®

1000 ملخ

باراسيتامول

## 8 أقراص فواردة

الأوجاع و الحمى

### Composition :

Paracétamol ..... 1000 mg  
Excipients qsp ..... pour 1 comprimé effervescent.

### Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.  
Boire immédiatement après.

**Indications :** Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

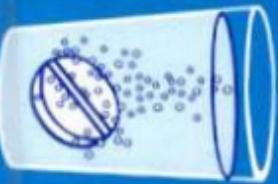
Réserve à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans.

**Posologie :** 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures entre 2 prises.

**Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois**  
**et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour**

Adulte  
à partir de  
15 ans

الكبار  
ابتداء من  
15 سنة



16,80

H 8 0  
1 1 1 2 2  
P V R 1 2 5 5 7  
P E R O T S 7  
L O T S 7





CREME - ONGUENT INFILTRANTE

Innongan

NE GRAISSE PAS - NE TACHE PAS

Lot N° / Date Per. :