

# 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.

105331

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : 03508

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELYAZIDI ABDERRAHMANE

Date de naissance :

30/06/1950

Adresse :

Rue 528, N°17 ERAC - BOUARGANE  
AGADIR

Tél. : 0666603124

Total des frais engagés :

491 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MOUINIR ZAINABA

Age: 56

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.

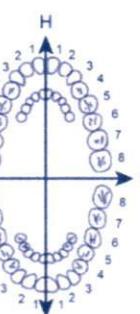
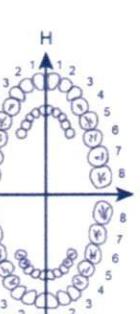
Fait à : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/07/2019

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
 <b>ERIC BOUARGAÑE, RUE IBN ATTIA, AGADIR</b>	03/02/2022	49,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> [Empty box]	<b>Nature des Soins</b> [Empty box]	<b>Coefficient</b> [Empty box]	<b>INP :</b> [Empty box]												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [Empty box]												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> [Empty box]												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [Empty box]												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> [Empty box]												
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          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																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [Empty box]															
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> [Empty box]															
		<b>DATE DU DEVIS</b> [Empty box]															
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [Empty box]															



# 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 03/02/2022

## FACTURE N°2022022

N° ICE : 001218171000046

MOUNIR ZAINABA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	HIVERNEX 10 STICKS	49,00	49,00	8,17	20,00



**TOTAL T.T.C :**

**49,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	49,00	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quarante Neuf dirhams.

الطب البديل للإنعاش



# HIVERNEX®

ZINC - VIT C

ÉCHINACÉE - CASSIS - REINE DES PRÉS - PLANTAIN  
CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNNAUX

LOT 087345/FC4  
03/2024 PPU 49,00

SANS SUCRE



10 Sticks  
Arôme orange

