

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

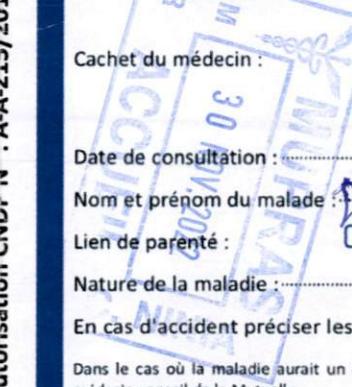
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-722258

Paiement

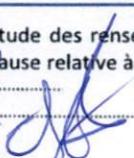
| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : 035.08 | Société : RAM | <input type="checkbox"/> Autres 39113 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) EL YAZIDI | <input type="checkbox"/> Autre : Abderrahmane |
| Nom & Prénom : EL YAZIDI Abderrahmane | | |
| Date de naissance : 30/06/1950 | | |
| Adresse : Rue SDR, N°17, Erac Bouargane, Agadir | | |
| Tél. : 0760193230 | Total des frais engagés : 193,40 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin :  | <input type="checkbox"/> |
| Date de consultation : | |
| Norm et prénom du malade : | MOUADIR ZAINABE Age: 1996 |
| 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 : **17/10/2012**

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 ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  م. البخاري بيتphanie فاطمة الزهراء شارع امام البخاري لمراكز بور سعيد رقم: 05 28 22 14 68 رقم: 05 28 22 14 68 0534459 | 14/10/2022 | 454 |

JNP

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr><td>H</td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>B</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Facture N° 20221117-744

Date de vente : 14/10/2022

Médecin traitant :

MOUNIR ZAINABA

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|---------------------------|------|-------|-------------|-------|
| RINOMICINE ST B10 SACHETS | 1 | 22,70 | TVA (7.00%) | 22,70 |
| BAYCUTENE CR 15G CREME | 1 | 22,70 | TVA (7.00%) | 22,70 |

| | |
|--------------|------------------|
| Total HT | 42,43 DHS |
| TVA | 2,97 DHS |
| Total | 45,40 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-cinq DHS et quarante centimes



Uniquement sur ordonnance

Fabricant :

Laboratoires Pfizer S.A.
Km 0.500, Route de Oualidia
B.P 35 - 24000 El Jadida - Maroc

Titulaire d'AMM :

Bayer S.A.
Bd Sidi Mohamed ben Abdellah
Casablanca marina, Tour d'Ivoire 1, Etage 3,
Casablanca 20030 - Maroc

Respecter les doses prescrites

Baycutène® N



Baycutène® N

LOT :

PER :

PPV :

22/20

Bayer

Usage externe

15 g de crème

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نبع ملهم

مسحوق لتنقير الشفاف

أكياس
10

مخبرات الصيدلانية فارما ٥
ياسمين لحلوى فيلالي صيدلي مسؤول

٢٠٢١