

5/11

# 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.

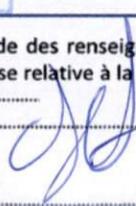
N° W21-771448

par  
l'assuré

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                 | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| <b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>                   |  |   |  |
| Matricule : <b>03508</b>                                | Société : <b>RAM</b>                             |   |  |
| <input type="checkbox"/> Actif                          | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        | <b>D39125</b>                          |
| Nom & Prénom : <b>EL YAZIDI Abderrahmane</b>            |  |   |  |
| Date de naissance : <b>30/06/1950</b>                   |  |   |  |
| Adresse : <b>Rue 528, n° 17 Errac Bouargane, Agadir</b> |  |   |  |
| Tél. : <b>0760423230</b>                                | Total des frais engagés : <b>5177 - Dhs</b>      |   |  |

**Autorisation CNDP N° : AA-215/2019**

|   |  |
|---|--|
| <b>Cadre réservé au Médecin</b>   |  |
| Cachet du médecin :   |                             |
| Date de consultation :  | <b>15/04/2012</b>  |
| Nom et prénom du malade :   | <b>MOUSSA ZAINABE</b>  |
| Age :   | <b>1966</b>  |
| 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 : 05/11/2012**  
**Signature de l'adhérent(e) :** 

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <br><b>الامانة البشرى</b><br>د. بيضانيات بالطبقة المجزأة<br>100 شارع اسامي المحاجر<br>جبل اللويسي | 05/11/2022 | 54.00                 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

Facture N° 20221117-645

Date de vente : 05/11/2022  
Médecin traitant :

MOUNIR ZAINABA

Maroc

| Produit                                     | Qté. | P.U   | TVA          | Total |
|---|------|-------|--------------|-------|
| HIVERNEX B10 STICKS SANS SUCRE ARÔME ORANGE | 1    | 54,00 | TVA (20.00%) | 54,00 |

|              |                  |
|--------------|------------------|
| Total HT     | 45,00 DHS        |
| TVA          | 9,00 DHS         |
| <b>Total</b> | <b>54,00 DHS</b> |

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-quatre DHS**



صيدلية  
الامام البخاري  
د. بیضانیان فاطمة الزهراء  
شارع امام البخاری لیواراک بورکان  
000 68 14 22 28 05

الاعتراض الشفوي\*



# HIVERNEX®

ZINC - VIT C

Echinacée - Cassis - Reine des près - Plantain

CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX

LOT 104676/F06  
05/2025 FPC 54,00

SANS SUCRE



10 Sticks  
Arôme orange

Complément à base d'édulcorant - Poids net : 35 g

