

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 étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20600 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-434139

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11666 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHEKROUW MONANED
 Date de naissance : 30/05/1970
 Adresse : DAN ALAMANE II APP 123
 HAY ALHOUDA AGADIR
 Tél. : 067 0033584 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AGHANAJ TAWFIK
 Chirurgien Orthopédique et Traumatologue
 13, Im. Fleurida 1-21
 Avenue Hassan II AGADIR
 Tél. 05 28 84 00 85
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade :
 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 : 30/09/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
23.7.19			700	
23.7.19	P.C		100	
23.7.19	P.R		200	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAICEL Dr. HAKEM MEHDI Ex. Dakhla AGADIR Tél: 05 28 23 84 83	23-07-2019	349,50

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.C.F.																				
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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

T CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

Agadir, le: 23 / 7 / 19

MR CHEKROUN MOHAMMED

22.20x2

1 - CODOLPRANE

1 cp x 3 / 5

SV

57.70

2 -

BREXIN 20mg

1 sachet / 5

SV

85

124,00x23 -

IBERTIN 1G

1 s x 3 / 5

SV

34 PHARMACIE FAICEL
Dr. MAKEM NEHDI
Ex. Dakhla AGADIR
Tél: 05 28 23 22 22

Dr. AGHANAJ
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
18, Impasse FENOUA 1-21
Avenue Hassan II - AGADIR
Tél: 05 28 84 00 85

Clinique AL HOUDA, Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face de la mosquée
Khalid Bnou Alwalid - Cité ALHOUDA - Agadir
Tél : 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax : 05 28 32 11 32

أموكسيسيلين - حاقن كلافو لانيك

125 مغ

الشرب في كيس



أكياس

ريكسين 20^٠ مغ
وكسيكام بيطاسيكلوديكسترين

ريق الفم

LOT: 13218008
PER: 09/20
PPV: 167400 DH

19 125 mg

IBERTIN[®]
amoxicilline + acide clavulanique

LOT: 13218008
PER: 09/20
PPV: 167400 DH

chiesi

LOT 18021
PER 01.21
PPV 67DH10

57,10

Codoliprane[®]
PARACETAMOL ET CODEINE



Codoliprane[®]
PARACETAMOL ET CODEINE



PPV:22DH20
PER:10/20
LOT:H2180

PPV:22DH20
PER:10/20
LOT:H2180





Dossier N° :

.....

Agadir, le : 23.7.19

Chambre N°

.....

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur :

présente à M. : CHEKRAO Mohammed

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

Sept Cent Dir (200)

Pour l'acte :

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr AGHANAJ TAWFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
27, Avenue Hassan II - AGADIR
Tél: 05 28 84 00 85

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

m ④

CONSULTATION

0023857

DATE:23../.....04...../ 20....12..

MÉDECIN : Docteur AGH. Waj

NOM DU PATIENT : cheikh Mohamed

HONORAIRE MÉDECIN : 400

RADIOLOGIE :

ACTES :

ECHO :

AUTRES : 1000 c + 2000 H

TOTAL A PAYER

1000 DH

Clinique AL HOUDA, Ilot A3 N° 171, Quartier Administratif En face de la mosquée

Khalid Bnou Alwalid - Cité ALHOUDA - AGADIR

Tél.: 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax: 05 28 32 11 32

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

23/06/2019

N FACTURE 030720190027

NOM ET PRENOM : CHEKROUN MOHAMMED

CONSULTATION DR AGHANAJ	700,00
PHARMACIE	200,00
PART CLINIQUE	100,00
TOTAL	1 000,00

CLINIQUE AL HOUDA
Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - Agadir
Tél : 05 28 32 11 32
Fax : 05 28 32 11 32
Accueil

AGADIR LE : 23/07/2019

CHEKROUN MOHAMMED

PRODUITS	QTE	P.UNITE	P.TOTAL
LAME BISTOURI	1	20,00	20,00
DACLO N4	2	10,00	20,00
VICRYL N4,0	1	60,00	60,00
GANTS STERIL	4	10,00	40,00
LIDOCAINE	1	20,00	20,00
STERI - STRIP	2	15,00	30,00
SERINGUE 1CC	2	5,00	10,00

TOTAL

200,00

CLINIQUE AL HOUDA
Lot: AS N° 1, Quartier Administratif
AGADIR 34000
Tel: 05 28 32 31 42
Fax: 05 28 32 31 42
Accouch

Agadir, le: 23-7-19

Compte Rendu Consultation

MR CHEKROUN MOHAMMED

plaie par arme blanche au niveau
de la première commissure main
pauche, sans lésions nerveuses
Hématome
lavage parage suture.


Dr. AGHNAJ TAWFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Fleurdad 1-21
Avenue Hassan II - AGADIR
Tél 05 28 34 00 85