

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-432708

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7585 Société : RETRAITÉ

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : BOUKTIB DRISS

Date de naissance : 20/06/1952

Adresse :

Tél. : MUPRAS Total des frais engagés : 1240,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rachid AZAHRAI

Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : BOUKTIB DRISS Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aiguë

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 : 20/08/2020 Le : 31/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-432708

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7585

Nom de l'adhérent(e) : BOUKTIB

Total des frais engagés : 1240,40

Date de dépôt :

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
31/01/2020		Rx	(200.00) (200.00)	INP : 42884288 POLYCLINIQUE DU SOUS Dr. Mohammed Bouabid 05 28 22 40 23 Rachid AZAHF Médecin Général TAGA

Dr. Rachid AZAHRA
Medecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tel: 06 61 75 30 68

EXECUTION DES ORDONNANCES	
<p>ARMACIE RAHMA</p> <p>Sachet du Pharmacien</p> <p>0, Av. Hassan II Hay El Joudia</p> <p>Neira - Tél: 05.28.33.07.94</p> <p>INPE: 0425253</p>	<p>Date</p> <p>31/08/2022</p>
	<p>Montant de la Facture</p> <p>240,45</p>

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	

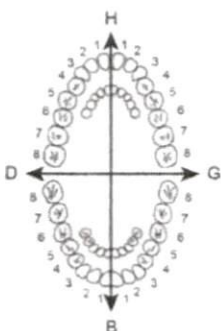
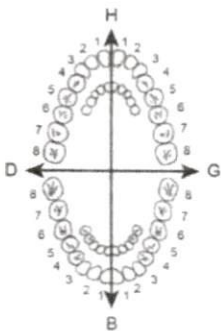
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25532412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35532411</td> <td>11432553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25532412	21432552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35532411	11432553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25532412	21432552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35532411	11432553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Polyclinique du Souss

Clinique Médico-chirurgicale
Urgences 24 H / 24 H



مصحة سوس

للطب و الجراحة
مستعجلات 24 س / 24 س

أكادير في : 31.07.2020 Agadir, le:

م. غوكريش دريس

POLYCLINIQUE DU SOUSS Agadir
Av. Abderrahim Bouabid
Tél : 05 28 22 40 40
PHARMACIE RAHMA
260, Av. Hassan II Hay El Jhadia
Tél : 05 28 33 07 94
INPE : 042049858

1- Novachin
132,00



Ischit 2 jours → 02,900

2- Pectyl, sigap.
22.7 x 2 lots



PHARMACIE RAHMA
260, Av. Hassan II Hay El Jhadia
Tél : 05 28 33 07 94
INPE : 042049858

3- Doprene - lg
14,00



Ischit 3 jours → 02,900

4- Gensec
19,00



Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél : 06 61 75 30 66

مصحة سوس : شارع عبد الرحيم بوعبيد (الحمراء) أمام فندق ايبس (المسافر)
Polyclinique du Souss : Av. Abderrahim Bouabid - En face Hôtel Ibis (Almoussafir)
Tél : 05 28 22 40 40 - 05 28 22 08 08 - Fax : 05 28 22 04 22

PPV 22DH70

EXP 01/2023

LOT 9N040 2

PECTRYL®**SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP****150 ml****QU'EST-CE QUE DOLIPRAN
CAS EST-IL UTILISÉ?**

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé pour traiter la fièvre telles que maux de tête, règles douloureuses. Il peut également soulager les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'usage adulte.
Lire attentivement la rubrique "Posologie".
Pour les enfants de moins de 15 ans, consulter un médecin.

14,00
PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1059

Si la douleur persiste plus de 5 jours, l'efficacité insuffisante ou de surdosage, consultez votre médecin.
En cas de maladie grave du foie, consultez votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :PPC: 49.00 DH
LOT: CB00085
EXP: 10/2022PPV 22DH70
EXP 02/2023
LOT 9D057 4**PECTRYL®****SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP****150 ml**