

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° W19-492286

ND: 41736

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1479

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

CHAOUKI OMAN

Nom & Prénom :

CHAOUKI

1950

Date de naissance :

05/06/1950

Adresse :

BP. 5558 Q.I

AGADIR 80000

Tél. :

06.66.92.03.67

Total des frais engagés : 271,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr HAYOU Mohamed  
IF: 75700260  
ICE: 00167446000062 INP: 000004733

Cachet du médecin :

Date de consultation :

26/08/2020

Age: 68

Nom et prénom du malade : M'SAHZI RABIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Affection

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'adhérent

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

AGADIR

Le : 18 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

CHAOUKI

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-492286

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : 1479

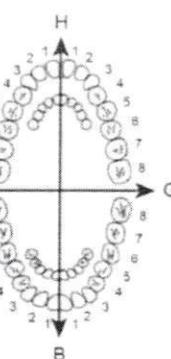
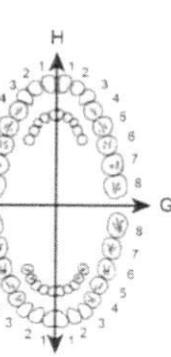
Nom de l'adhérent(e) : CHAOUKI

Total des frais engagés : 271,40 Dhs

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Document et signature du Médecin et le Paiement des Actes
26.08.2020	9		200 DH	<p style="text-align: right;">DRAÏA IF: 75700062 NIP: 001074733 ICE: 001074733 NIP: 041074733 Mohamed</p>

### VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
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														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank)	<b>Coefficient</b> (Leave blank)										
				<b>INP :</b> <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b>  <b>B</b> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

**Dr. HAYOU Mohamed**

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

Spécialiste des maladies et chirurgie  
du Nez, Gorge, Oreilles  
Cancérologie cervico, Faciale  
Troubles du Sommeil et Ronflement



**الدكتور هيو محمد**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف والحنجرة  
سرطان العنق والوجه  
اضطرابات النوم والشخير

Agadir, le : ..... أكادير، في :

**25 /08 /2020**

**NOTE D'HONORAIRES**

IF 75700260 ICE 00167446000062

**Mme MSAHLI RABIAA**

Total Réglé ce jour ..... **200 Dh**

Dr. HAYOU Mohamed  
ORL  
IF: 75700260  
ICE: 00167446000062 INP: 041074733



**Dr. HAYOU Mohamed**

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

Spécialiste des maladies et chirurgie  
du Nez, Gorge, Oreilles  
Cancérologie cervico, Faciale  
Troubles du Sommeil et Ronflement



**الدكتور هيو محمد**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف والحنجرة  
سرطان العنق و الوجه  
اضطرابات النوم والشخير

Agadir, le : ..... أكادير، في :  
**25/08/2020**

## **ORDONNANCE**

**Mme Rabiaa MSAHLI**

52,00  
Airlfix

1 Comp le matin x 15 jours

19,40 Antibiosynalar

5 gouttes matin et soir x 7 jours

✓  
27,40

PHARMACIE ASSAFA  
N° 299 BLOCH Cité AL HOUDA  
Tél: 05 28 32 08 73

Dr. HAYOU Mohamed  
Spécialiste en O. R. L.  
Cancérologie Cervico-Faciale  
Tifaouine, Imm. E2 1er étage  
Rue almoqaouma - AGADIR



ANTIBIO SYNALALAR

أنتيبيو  
سينالار

قطرات أذنية

الكبار، الصغار



قنية من سعة 10 مل

Cétirizine



15 Comprimés

LOT: 129  
PER: NOV 2022  
PPV: 54 DH 00

PHARMACEUTICAL INSTITUTE

