

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° W21-725991

138069
par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **3153**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **J.DAIE ALI**

Date de naissance : **1958**

Adresse : **CHOUKRA MJI BABA BELFAZ**

Tél. : **0668110795**

Total des frais engagés : **300 + 8.19,20 = 1119,20 Dhs**

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABCUIHIA Brahim
Psychiatre - Psychothérapeute
Im. Meryem 2ème Etage
Av. Hassan II AGADIR
Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - 05 22 22 78 18

Date de consultation : **24/11/2022**

Nom et prénom du malade : **Jdaie Ali**

Age : **60**

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 : **24/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Ali**

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
24/01/22	(PS)	300 DH		INP : 1910326 Dr. ABOUHITA Brahim Psychiatre - Psychothérapeute Im. Meryem 2 ^{me} Etage Av. Hassan II AGADIR Tel.: 05 28 14 5 63 0511-326

EXECUTION DES ORDONNANCES

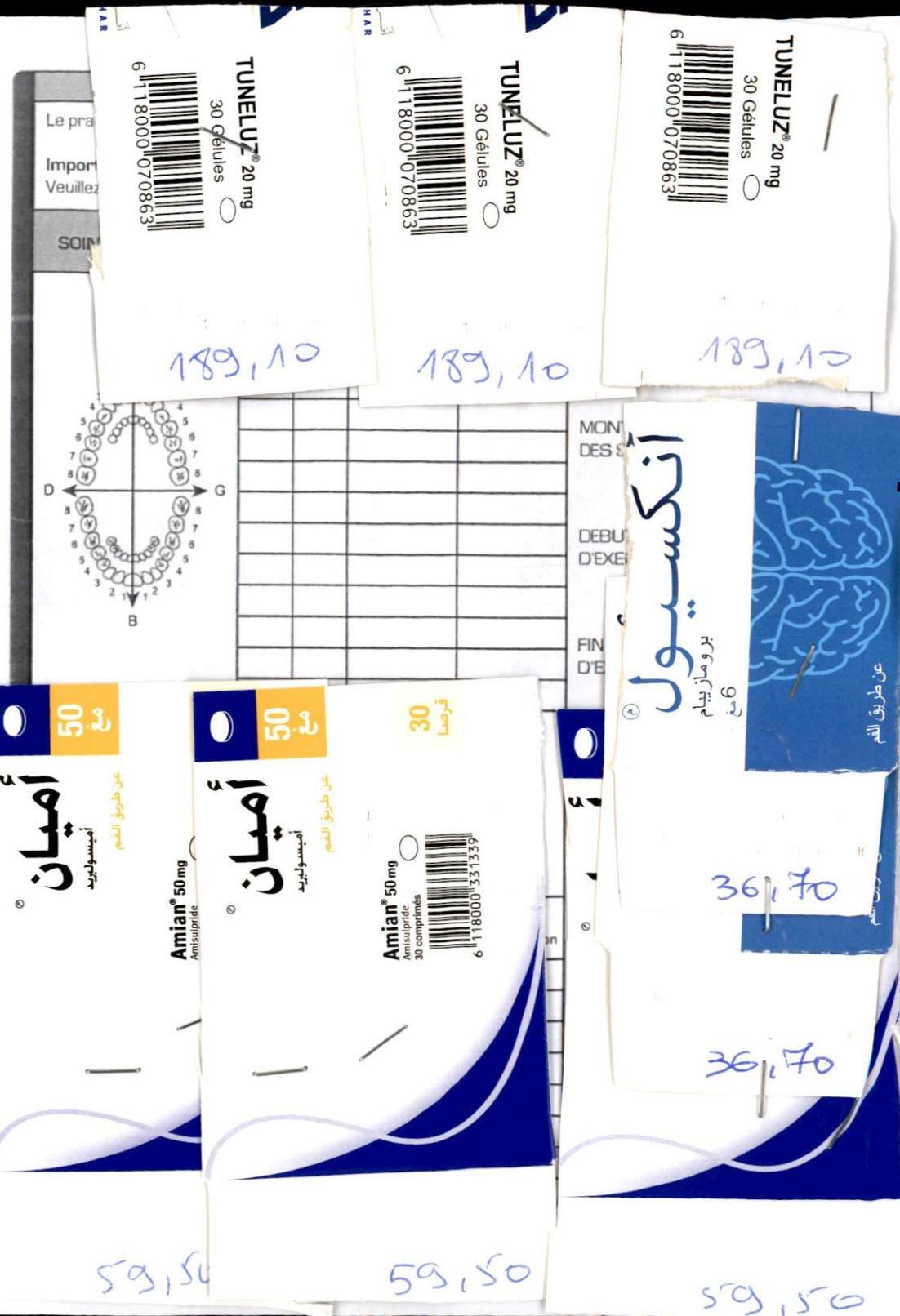
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الصحراء Pharmacie SAHARA Route Nationale N°1 Centre Beltaa Té: 05.28.20.95.10	24/01/22	8189,10 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	



Dr. Ibrahim ABOUIHIA



- Psychiatre Psychothérapeute
- Addictologie clinique
- Thérapie cognitive et comportementale
- Adultes - Enfants - Adolescents

الدكتور ابراهيم ابواحيا

- اختصاصي في الطب و العلاج النفسي
- طب الادمان
- العلاج السلوكي المعرفي
- كبار - اطفال - مراهقين

le 24/10/22

Ordonnance

M⁶ Idair

Ali

179,20 x 3

1e Tuneluz do gel

59,10 x 3

20- amian 50

36170 x 2 auxiol 6 G

819,20

Durée : 03 mois

Prochain Rendez-vous 24/01/23

صيدلية ساحرة
Pharmacie SAHARA
Route Nationale N°1 Centre Bel'aa
Té: 05.28.20.95.10

Dr. ABOUIHIA Ibrahim
Psychiatre - Psychothérapeute
Imm. Meryem 2ème étage
Av. Hassan II Agadir
Tél.: 05 28 84 88 68 - 06 65 41 97 97



- Psychiatre Psychothérapeute
- Addictologie clinique
- Thérapie cognitive et comportementale
- Adultes - Enfants - Adolescents

- اختصاصي في الطب و العلاج النفسي
- طب الادمان
- العلاج السلوكي المعرفي
- كبار - اطفال - مراهقين

Note d'Honoraires

24/10/22

Je soussigné, Docteur ABOUIHIA Brahim

Présente à M / Mme :

Jdau Ali

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

300,00 # Trois Cent Dirhams

Pour l'acte : Consultation spécialisé et entretien psychothérapeutique

Signature

Dr. ABOUIHIA Brahim
Psychiatre - Psychothérapeute
Immeuble Meryem 2ème Etage
Av. Hassan II Agadir
Tél: 05 28 84 88 68 - GSM : 06 65 41 97 97 - E-mail : abouihiabrahimpsychiatre@gmail.com