

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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7181 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IMA KOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAY TILLA AGADIR

Tél. : 06.67.12.24.41 Total des frais engagés : 593,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HAYOU Mohamed
ORL
IF: 75700260
ICE: 00167448000062 INP: 04107473



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bouhou Naima Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Affection ORL

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

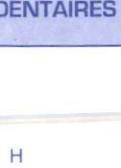
Le :

Signature de l'adhérent(e) : CG



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES PARENTS 28, Av. Mehdi Ben Barka Riad Salam Agadir Tél: 05.28.23.09.42	21-09-23	343,50 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	MONTANTS DES SOINS																					
	DEBUT D'EXECUTION																					
	FIN D'EXECUTION																					
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																				
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	-----		B	00000000	-----		H	35533411	D	11433553	-----		B	00000000
		H	21433552																			
		D	00000000																			

B		00000000																				

H		35533411																				
D		11433553																				

B	00000000																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						

PPV: 124DH00
PER: 06-2024
LOT: 16622010

ed



مد

LOT: 230181
DUO: 02/2026

29.00DH

Deva

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

Agadir, le : أكادير، في :

21/09/2023

ORDONNANCE

Lot: T002440
Per: 02/2026
PPV: 170DH50

Mme Naima BOUHOU

124.00

1. Ibertin 1 g sachet
1 sachet 2 fois par j pdt 8 j



65.00

2. docivox sirop
1 cas 3 fois par j pdt 7 j



170.00

3. deflazacort 30 mg cp
2 cp le matin pdt 5 j



343.80

PHARMACIE LES PARENTS
28, Rue Mehdi Ben Barka
Riad Salam Agadir
Tél: 05.28.23.09.42



Dr. HAYOU Mohamed
Spécialiste en O. R. L.
Cancerologie Cervico-Faciale
Nes. Tifaouine, Imm. F2, 1er étage
Tél: 05.28.84.65.15

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 :

21 /09 /2023

NOTE D'HONORAIRES

IF 75700260 ICE 00167446000062

Mme BOUHOU Naima

Total Réglé ce jour **250 Dh**

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

