

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-836079

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7581 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ammar Lehouani

Date de naissance : 1954

Adresse : Bloc 3 n° 17 Hay 21 Jeddah

Tél. : Azim East Jeddah

Total des frais engagés : 863,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. RIAD Hicham**  
Neurochirurgien  
Av. Hassan II - Imm. Ifrane 3  
App. 31 - 4ème Etage - AGADIR  
Tél : 05.28.82.70.50

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2019

Nom et prénom du malade : Samir Khaddaj Age: 65 ans

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

Nature de la maladie : Arthrose

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Arthrose

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 31/01/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-836079

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
21/04/24	2A		300,00 250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	31/01/24	120,50
	03/02/24	133,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOILET ADHERENT

\* 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES					COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </tbody> </table>					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553		B					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
H	G																								
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D																									
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
	B																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																								
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
					DATE DU DEVIS																				
					DATE DE L'EXECUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

# Docteur RIAD HICHAM

## Neurochirurgien

- Spécialiste des maladies et de la chirurgie du cerveau, des nerfs et de la colonne vertébrale ( Adultes & Enfants )
- Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier (France)
- Ancien Neurochirurgien des hôpitaux de Montpellier et de Grenoble (France)
- Electroencéphalographie
- Electromyographie



# الدكتور رياض هشام

- أخصائي في أمراض وجراحة الدماغ. الأعصاب والعمود الفقري (صغار وكبار)
- خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
- طبيب جراح سابقا بمستشفيات مونبولي وكرونيل (فرنسا)
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Le 9 février 2024

Madame IMINICH Khddouj

ARCOXIA CPR 90 MG 7  
1 cp à midi aux repas pd 7 j



13300



Dr. RIAD Hicham  
Neurochirurgien  
Av. Hassan II - Imm. Ifrane 3  
App. 31 - 4ème étage - AGADIR  
Tél : 05.28.82.70.56

Exemplaire à conserver

عمارة إفران 3، الطابق الرابع، شارع الحسن الثاني - أكادير - الهاتف : 05 28 82 70 56  
Immeuble IFRANE 3, 4ème étage, avenue Hassan II - Agadir - Tél. : 05 28 82 70 56



# Docteur RIAD HICHAM

## Neurochirurgien

- Spécialiste des maladies et de la chirurgie du cerveau, des nerfs et de la colonne vertébrale ( Adultes & Enfants )
- Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier (France)
- Ancien Neurochirurgien des hôpitaux de Montpellier et de Grenoble (France)
- Electroencéphalographie
- Electromyographie



# الدكتور رياض هشام

- اختصاصي في أمراض وجراحة الدماغ. الأعصاب والعمود الفقري (صغار وكبار)
- خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
- طبيب جراح سابقا بمستشفيات مونبولي وكرونويل (فرنسا)
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Le 31 janvier 2024

Madame IMINICH Khddouj

76,20  
**VOLTARENE SR CPR 75 MG**

1 cp matin et soir aux repas pd 10 j

82,20  
**INEXIUM CPR 20 MG**

1 cp le matin pd 10 j

22,20  
**CODOLIPRANE CPR SEC 16**

1 cp matin , midi et soir pd 5 j

S.V

S.V

S.V

Pharmacie HAY LAARAB  
Bloc 1, N° 125  
Hay Laarab - AZROU  
Dr. MARBOUZA Aissam

Dr. RIAD-Hicham  
Neurochirurgien  
Av. Hassan II - Imm. Ifrane 3  
App. 31 - 4ème étage - AGADIR  
Tél : 05.28.82.70.56

Exemplaire à conserver

عمارة إفران 3، الطابق الرابع، شارع الحسن الثاني - أكادير - الهاتف : 05 28 82 70 56  
Immeuble IFRANE 3, 4ème étage, avenue Hassan II - Agadir - Tél. : 05 28 82 70 56

# Docteur RIAD HICHAM

## Neurochirurgien

- Spécialiste des maladies et de la chirurgie du cerveau, des nerfs et de la colonne vertébrale ( Adultes & Enfants )
- Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier (France)
- Ancien Neurochirurgien des hôpitaux de Montpellier et de Grenoble (France)
- Electroencéphalographie
- Electromyographie



# الدكتور رياض هشام

- أخصائي في أمراض وجراحة الدماغ . الأعصاب والعمود الفقري ( صغار وكبار )
- خريج كلية الطب بمونبولي ( فرنسا )
- طبيب جراح سابقاً بمستشفيات مونبولي وكرونويل ( فرنسا )
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Le 31 janvier 2024

Madame IMINICH Khddouj

## NOTE D'HONORAIRE

La consultation = 300,00 Dh

La radiographie genoux = 250,00 Dh

La somme = 550,00 Dh

**Dr. RIAD Hicham**  
**Neurochirurgien**  
Av. Hassan II - Imm. Ifrane 3  
App. 31 - 4ème étage - AGADIR  
Tél : 05.28.82.70.56

Exemplaire à conserver

عمارة إفران 3، الطابق الرابع، شارع الحسن الثاني - أكادير - الهاتف : 05 28 82 70 56  
Immeuble IFRANE 3, 4ème étage, avenue Hassan II - Agadir - Tél. : 05 28 82 70 56



6 118001 030408

VOLTARENE<sup>®</sup> SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

Numéro de  
l'Autorisation de

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V. : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NT0

70042492/  
120916-1

388

6 118001 160044

PPV: 22DH20

PER: 10/25

LOT: M3452



MAY-26

ESC

FAB JUN-23

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir benou el aouam roches  
noires, catablanca

INEXTUM

20 mg

Cpr GR

Boite 14

640/15DMP/21NRQ

P.P.V. 82,10 DH

6 118001 020591