

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19-0030940

N.D.  
34764

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7181 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962

Adresse : Bloc 26. Rue 04 N° 02 ITAYTILIA AGADIR

Tél. : 0667122411 Total des frais engagés : 385,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdesselam N'BOU  
PEDIATRE  
D.U. D'ECOGRAPHE CLINIQUE  
D.U. BIENOSCOPIE DIGESTIVE PEDIATRIQUE  
45. Av. Kennedy Talborji - AGADIR  
Tél : 06 28 82 15 32

Date de consultation : 13 JUIL 2020

Nom et prénom du malade : IMAKOR AYAN Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : laryngitis bronchitis rhinitis nasal

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) :

| 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   |
| 13 JUIL 2020                   |                   |                       | 200.914                         | Dr Abdessalam NBOU<br>DENTISTE<br>DU DECHOGRAINE CLUB<br>15, Avenue Ben Barka<br>Riad El Am Ag<br>Tél : 05.28.82.35.35 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACIE LES PARENTS<br>28, Avenue Ben Barka<br>Riad El Am Ag<br>Tél: 05.28.23.09...<br><i>(Signature)</i> | 13-07-20 | 185.30 DH             |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 |     |
|                                  |                | 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 canalaire, ainsi que le bilan de  |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DEBUT D'EXECUTION<br>FIN D'EXECUTION<br>COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
| <p>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</p>  |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
| <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
| H   | 25533412       | 21433552         |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   | 00000000       | 00000000         |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
| D   | 00000000       | 00000000         |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
|   | 35533411       | 11433553         |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |
| B   |                |                  |             |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |

**Dr. Abdesselam N'BOU**  
**PÉDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

D.U. d'Echographie Clinique

D.U. d'Endoscopie Digestive et Proctologie  
Pédiatriques

Ancien Chef de Service de Pédiatrie à  
l'Hôpital Hassan II d'Agadir

**الدكتور عبد السلام نبو**

متخصص في أمراض الأطفال والرضيع  
خريج كلية الطب بباريس

الفحص بالصدى

الكشف بالمنظار الداخلي

طبيب رئيسي سابق لمصلحة الأطفال  
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

13 JUIL 2020

Agadir, le : ..... أكادير، في :

PPV :  
LOT :  
EXP :

56,30 DH  
20014/B  
04/2022

PHARMACIE DES PARENTS  
28, Av. Kennedy Ben Parka  
Riad Sidi Aya  
Tél: 05.28.23.09.42

Inakor

A7A

SI

56,30

D. Cuc 26000

LOT P23/FC2  
04/2021 PPC 89,00

A7/15 ✕ ✕ ✕

89,00

in mej

SI

40,00

acc \* 3

→ 100,00

N'BOU  
PEDIATRE  
D.U. ECOGRAPHIE CLINIQUE  
D.U. ENDOSCOPE DIGESTIVE PEDIATRIQUE  
45, Av. Kennedy Talborjt - AGADIR  
Tél : 05.28.82.35.32

SI

40,00

Bionylse

acc \* 3 → 06

185,30

A revoir dans 02 jours, si votre enfant ne s'améliore pas

رقم 45، شارع كندي - تالبرجت - أكادير - الهاتف / الفاكس : 05.28.82.35.32 - المحمول :

N° 45, Avenue Kennedy - Talborjt - AGADIR - Tél. / Fax : 05.28.82.35.32 - GSM : 06.61.20.44.81

**Dr. Abdesselam N'BOU**

**PÉDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

D.U. d'Echographie Clinique

D.U. d'Endoscopie Digestive et Proctologie  
Pédiatriques

Ancien Chef de Service de Pédiatrie à l'Hôpital  
Hassan II d'Agadir

**الدكتور عبد السلام نبو**

متخصص في أمراض الأطفال والرضيع

خريج كلية الطب بباريس

الفحص بالصدى

الكشف بالمنظار الداخلي

طبيب رئيسي سابق لمصلحة الأطفال

بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

Agadir, le : ..... 13 JUIL. 2020 ..... أكادير، في :

**NOTE D'HONORAIRE**

Nom : TMAKOR

Prénom : Ayma

Consultation : - CL

Montant : 200DH

Signé

DR. ABDESSELAM N'BOU  
- PÉDIATRE  
D.U. D'ECHOGRAPHIE CLINIQUE  
D.U. D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE PÉDIATRIQUE  
45. AV KENNEDY TALBORJT AGADIR  
Tél: 05.28.82.35.32

رقم 45، شارع كندي - تالبرجت - أكادير - الهاتف / الفاكس : 05.28.82.35.32 - المحمول : 06.61.20.44.81  
N° 45, Avenue Kennedy Talborjt AGADIR - Tél./Fax : 05.28.82.35.32 - GSM : 06.61.20.44.81