

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° W19-595063

57498

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11120 Société : R - A - M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

LABYED YOUSSEF

Date de naissance : 24/03/1974

Adresse : BL 612 - N° 41 BIS - RUE FARABI -

QUARTIER DAKHLA - AGADIR

Tél. : 0642769671 Total des frais engagés : 287.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 DEC 2020

Nom et prénom du malade : LABYED. TENG Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint, Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome grippal, *Age 11 ans*

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 : *ABIDIN*

Le : 29 DEC 2020

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
9 DEC 2020	C	1	15000	INP : 041 002388 Dr. Azeddine SABRI Médecine Générale Av Khalid Ibn Al Walid Rabeaâ El Aâdaouia Hay Nakhla Agadir Tél: 0528 232 504-Gsm: 6661 285 042

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Khalil Dakhla Docteur en Pharmacie 44, Rue El Kawakbi Chéikh Dakhla - AG Tél. : 05 28 23 80 09	29/12/2023	137,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Azeddine SABIHI

Médecine Générale

Diplômé en santé publique
(Toulouse - France)

Avenue Khalid Ibn Walid
Rue Rabeâa El Aâdaouia
Hay Dakhla - Agadir
Tél: 05 28 23 36 04
GSM : 06 61 28 60 42

الدكتور عز الدين صبيحي

الطب العام

اخصائي في الصحة العمومية
(تونز - فرنسا)

شارع خالد بن الوليد
زنقة ربعة العدوية حي الداخلة - أكادير
الهاتف : 05 28 23 36 04
الهاتف : 06 61 28 60 42

29 DEC 2020

Agadir, le

29.12

10.

Agadir

20.00 (13)

10.00 (10.6)

Dépense vte 20.00 (13)

30.12.57

Préau place - (513)

PHARMACIE LOTFY
Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
14 Rue El Kawakib Châ Dakhla - AGADIR
Tél. : 05 28 23 90 09

18,00

P	P	V	1	8	D	H	0
E	R		11	/	2	3	
L	O	T	J	3	1	6	7

الدكتور عز الدين صبيحي
Dr. AZ'EDDINE SABIHI
Médecin Général
Tél : 048.23.36.04
GSM : 061.28.60.42

AVZIX®

Azithromycine

500 mg

500 mg
Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 05/23

LOT: J1503

3 Comprimés
sécables

bottu

S.C. Allée des Casuarines - AIN Sétif - Crs. Blanca
S. Bouchouchi - Pharmacie Responsable

بي يوميلاز®

200 U.CEIP/ml

ألفا أميلاز

شراب

عن طريق الفم

قارورة
125 مل



الصبح



الزوال



المساء



اللذة

POLY MÉDIC

بي يوميلاز®

200 U.CEIP/ml

٤٥,٠٠