

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

- 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

N° W21-607002

74397

Couleur

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2785

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdelhamid

Daoudi

Date de naissance :

04.05.1957

Adresse :

Block 04 - N° 330 Beusergao

Tél. : 06 64 19 72 79

Total des frais engagés : 273,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél: 06 61 75 30 66

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/06/2021

Nom et prénom du malade :

IDD ouche

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Colique

néphritique droite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/06/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-607002

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 :

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
21.04.2021	2021 C 1		(150,00) 7	INP : 040042241 Dr. Hachid AGADIR Médecine Générale Cité Al Houda AGADIR Tél: 06 61 75 30 66

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KARIM RUE 4 N° 59 TÉL: 05 28 28 18 14	21/04/2021	123.30

ANALYSES - RADIographies			
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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 orthodontiques, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D 00000000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B 35533411	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. Rachid AZAHRAI

Médecine Générale

Diplômé de la faculté
de Médecine de Rabat

الدكتور رشيد أزهراي

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

Agadir, le : ٢٤.٥.٢٠٢١ أكادير في :

7eme INJETTIVE FRADNA

54,10

Profenid



100 mg (injectable)

41,70

Profenid 100 mg en flacon

en flacon

03/06

27,50

Profenid 100 mg capsule

18 jours

03/06

*

Sporofin

cp

après enfl. inj

123,30

24 à 31

jours

03/06

RDV le :

Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél: 06.61.75.30.66

بلوك C316 حي الهدى - أكادير
GSM : 06.61.75.30.66

Ketoprofene

LOT 0189
PER 03 23
PPV 54.10 DH



e

27,50 ← ← 41,70



Dr. Rachid AZAHRAI

Médecine Générale

Diplômé de la faculté
de Médecine de Rabat

الدكتور رشيد أزهراي

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

Agadir, le : ٢١.٠٤.٢٠٢١ : أكادير، في

NOTE D'HONORAIRE

Dr. Rachid AZAHRAI

Médecine Générale

Cité Al Houda AGADIR

Tél: 06 61 75 30 66

Le Docteur présente

à Mr/Mme TODD MUTH Fayda

sa note d'honoraire s'élevant à la somme

de : (+1500 HT)

Pour l'acte Consultation

..... medecine

Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél: 06 61 75 30 66

RDV le :

Bloc C316 cité El Houda - Agadir - أكادير حي الهدى
المحمول : GSM : 06.61.75.30.66