

# 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 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 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



# Déclaration de Maladie

N° W21-649880

84721

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2785      Société : Ram

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : DAOUDI Abdelhamid

Date de naissance : 4-5-1957

Adresse : Bloc - 4 n° 330 Bensagaa AGAOIR

Tél. : 06 64 19 72 79      Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06-08-2021

Nom et prénom du malade : DAOUDI ABDELHAMID      Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Pneumopathie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Coeur, 19

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attache médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGAOIR      Le 14 / 08 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-649880

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

**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
06/08/2021	C		130,00	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/08/21	294,50

**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
		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.

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G		35533411		11433553	B			
	H		G																						
	25533412	00000000	21433552	00000000																					
	D	00000000	00000000	G																					
		35533411		11433553																					
B																									
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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'EXE

DOCTEUR AKERBIB MOULOUD  
MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE  
314.BLOC42.Avenue HAGOUNIA .ALWIFAQ  
BENSERGAO.AGADIR  
TELEPHONE.0528281373.  
GSM.0662284852  
E.MAIL.akere-med@hotmail.com  
INEP.041004102



الدكتور اقريبب الميلود  
الطب العام  
فحص البطن بالموجات فوق الصوت  
رقم 314 مجمع 42  
شارع الحكونية الوفاق  
بن سركاو  
أكادير  
الهاتف 0528281373

ORDONNANCE

Date d'examen: 06/08/2021

Dossier/ref: 717

Nom: DAOUIDI

Prénom: ABDELHAMID

Date de naissance: 04/05/1957

Age actuel: 64ANNEES3MOIS2JOURS

Thérapie:

AZIX 500 MG LE J1 ET PUIS 250 MG/J X 7 JOURS

EXOMUC 1 SACHET 3 FOIS/J 15 JOURS

DOLIPRANE 500 MG 1 SACHET 3 FOIS/J 05 JOURS

VIT C 1000 MG 1 CP 3 FOIS/J 15 JOURS

S.V

S.V

S.V

S.V



DR AKERBIB MOULOUD

Archivage électronique des dossiers.

PHARMACIE EL HILAL  
Av: Al. Amouine Terrast Inezgane  
Tél: 05 28 33 58 82  
INP: 042024240

294,50

# Exomuc<sup>®</sup>

acétylcystéine 200 mg

Granulé  
sans sucre  
30 sachets



L 0 1 2 0 0 0 2  
P E R M A R 2 2  
P P V 3 9 D H 9 0

39,96

**POSOLOGIE ET MODE  
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.**

18X45X97

05.11  
100008

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**AZIX**<sup>®</sup>  
Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

79,70  
PPV 79DH70  
PER 07/24  
LOT K2010

**AZIX**<sup>®</sup> 500 mg  
Azithromycine

3 Comprimés  
séables



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**b**

**POSOLOGIE ET MODE  
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.**

18X45X97

05.11  
100008

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**AZIX**<sup>®</sup>  
Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

79,70  
PPV 79DH70  
PER 07/24  
LOT K2010

**AZIX**<sup>®</sup> 500 mg  
Azithromycine

3 Comprimés  
séables



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**b**



PPV 14DH40  
PER 09/23  
LOT J2276

14,40

03/11  
100033



12 Sachets

Doliprane<sup>®</sup> 500 mg

PARACETAMOL

AMM N° 61 DMP/21/NRQ

NE LAISSER NI A LA PORTEE,  
NI A LA VUE DES ENFANTS.

12 كيتس  
جيرة عين  
طريق البيم

9

بنو حجاج - صيدلي مسؤل

82 مبر الكازيمبريانس - عين السميع - الدار البيضاء

بنو حجاج  
الصبي



الكازيمبريانس  
1527

500 ملغ

باراسيتامول

PARACETAMOL

Doliprane<sup>®</sup> 500 mg

دولبران



PPV 14DH40  
PER 09/23  
LOT J2276

14,40

03/11  
100033



12 Sachets

Doliprane<sup>®</sup> 500 mg

PARACETAMOL

AMM N° 61 DMP/21/NRQ

NE LAISSER NI A LA PORTEE,  
NI A LA VUE DES ENFANTS.

12 كيتس  
جيرة عين  
طريق البيم

9

بنو حلي - صيدلي مسؤل

82 مبر الكورنيش - عين السموح - الدار البيضاء

الأوجاع  
الصدى



الكورنيش  
البيضاء 1527

Doliprane<sup>®</sup>  
500 mg  
PARACETAMOL

500 ملغ

بان حلي  
دار مسؤل

FATIGUE - CONVALESCENCE

# VITAMINE C 1000 mg

## GALENICA



ARÔME ORANGE

Voie orale

**20** COMPRIMÉS  
EFFERVESCENTS



Vitamine C 1000 mg

20 Comprimés effervescents

EVCAM 2 V FA 02

### Composition :

Acide ascorbique .....1000 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notable : E110, saccharose, sodium.  
Boîte de 20 comprimés effervescents.

AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.  
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

**VITAMINE C 1g**   
Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



70x35x85

7

DOCTEUR AKERBIB MOULOUD  
MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE  
314.BLOC42.Avenue HAGOUNIA .ALWIFAQ  
BENSERGAO.AGADIR



TELEPHONE.0528281373.  
GSM.0662284852

E.MAIL.akere-med@hotmail.com  
INEP.041004102

الدكتور اقريبب الميلود  
الطب العام  
الفحص بالموجات فوق الصوت

رقم 341 مجمع 42  
شارع حكونية الوفاق  
بن سركاو  
اكادير  
الهاتف 0528281373

### NOTE DES HONORAIRES

FACTURE No : 717

NOM: DAUDI

PRENOM: ABDELHAMID

DATE DE NAISSANCE: 04/05/1957

CINE: J34391

ACTES: CONSULTATION

DIAGNOSTICS: SUSPICION DE PNEUMOPATHIE VRALE COVID 19

HONORAIRES: 150 DH

Veillez svp régler la somme de : 150 DH

Soit un montant de : cent cinquante Dirhams

DATE D'EXAMEN: 06/08/2021

H: 18:01

DR AKERBIB MOULOUD

