

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.

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

N° W21-659860

115553

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11120 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LABYED Youssef

Date de naissance : 24/03/1974

Adresse : ROYAL AIR MAROC - CONAKRY
REP - GUINEE

Tél. : +224654101307 Total des frais engagés : m/s Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Azeddine SABIHI
Médecin Généraliste
Av. Khalid Ibn Walid Rue Rabeaâ
El Aâdaouia Hay Dakhia Agadir
Tél. : 05 29 22 22 22

Date de consultation : 05 AVR 2022

Nom et prénom du malade : Labyed Maha

Age : 18

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Lumbago

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 : 5 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

m/s

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
05 AVR 2022	V		200 000	INP : 047002330 Dr. Azeddine SABHI Médecin Généraliste Av. Khalid Ibn Youssef de Rabaa El Aadaouia Hay Dakkna Agadir tel: 0528 232 504 - Gsm: 0661 289 042

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMACIE Lotfy	05/09/2022	200,50
Khalil LOTFY		
Docteur en Pharmacie		
Rue El Kawakibi Cité Dakhia - AGAR		
Tél.: 05 28 23 99 n°		

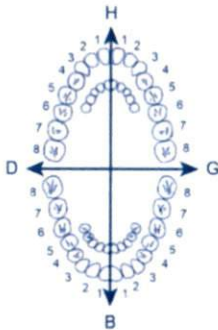
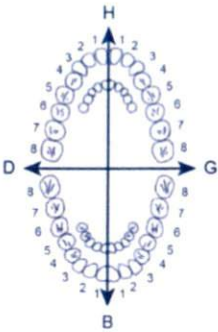
[illegible][illegible]

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

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
(تولوز - فرنسا)

شارع خالد بن الوليد

زنقة ربيعة العدوية حي الداخلة - أكادير

الهاتف : 05 28 23 36 04

المحمول : 06 61 28 60 42

Agadir, le 05 AVR 2022 في أكادير ،

59.30 x 2
* 9 Bactin (200g) 100 / 100
53.10
21. Dolabon 100 200g / 100
28.80
37 Vitaneuril 100 200g / 100
200.50
49.10 100

RELAXOL 500MG/210G
CP 820
P.P.V: 53DH10
LOT: 21E011
PER: 09/2024
1180001060833

PPV
LOT
PER
28.80

PHARMACIE LOTFY
Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
4, Rue El Kawakibi Cité Dakhla - AGADIR
Tél.: 05 28 23 36 04

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

Brexin[®]

Piroxicam- β -cyclodextrine

voie orale

10 comprimés effervescents



06/04
90DH50

59,30

 chiesi

Brexin[®]

Piroxicam- β -cyclodextrine

voie orale

10 comprimés effervescents



06/04
90DH50

59,30

 **chiesi**