

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 001109

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IM AKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962 Casa

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N°02

HAYTILILA AGADIR

Tél. : 0567122441 Total des frais engagés : 560,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26.07.2022

Nom et prénom du malade : BOUHOU NAÏMA Age : 42

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuralgie Cervico-brachiale Bilatérale

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : NCB Bilatérale

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# 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
26/07/2022	C2		2500DH	Dr HANZA AYYADI Spécialiste en Chirurgie Traumatologie et Orthopédie INPE : 041278458

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LES BARENTIN 28, Avenue Mohamed Ben Abdou Riad Salim - AGADIR Tél: 05 28 23 09 42	26-07-22	310,00 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

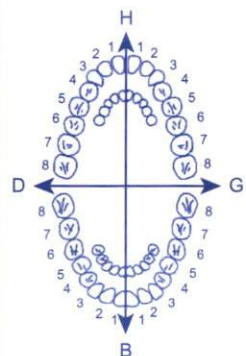
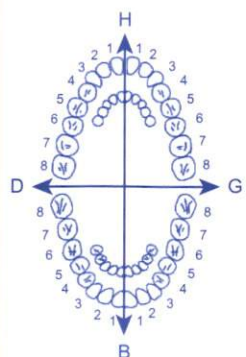
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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


# ORDONNANCE

BOUHOU  
MAÏMA

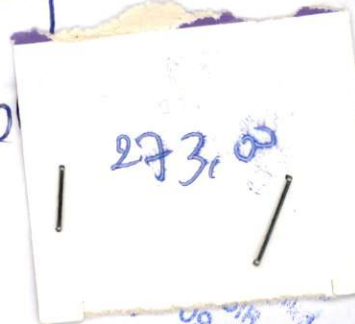
Le 26/07/22

37,00  
1) Duoxol: cp   
1 cp x 3/j pelt 7 jours



2) Epi GAB 75mg  cp

273,00  
1 cp x 2/j pelt  
310,00



**Dr Hamza AYYADI**  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
INPE : 041278458

Signature et cachet du médecin

**Pharmacie LES PARENTS**  
28, Avenue Mehdi Ben Barka  
Med Sahm - AGADIR  
Tél: 05 28 23 09 42



# Dr Hamza AYYADI

Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique



## الدكتور حمزة عيادي

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- Lauréat de la faculté de médecine de MARRAKECH
- Diplôme en cancérologie osseuse à la Faculté de médecine de RABAT
- Ancien Médecin au service de traumatologie-orthopédie de l'Hôpital Ibn Tofail et du CHU Mohamed VI de MARRAKECH

- خريج كلية الطب بمراكش  
- دبلوم في سرطانات العظام بكلية الطب بالرباط  
- طبيب سابق في قسم جراحة العظام والكسور بمستشفى  
ابن طفيل والمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

□ جراحة الكسور وتقويم العظام والمفاصل □ جراحة أمراض الروماتيزم □ جراحة الأطراف □ جراحة بالمنظار □ المفاصل الاصطناعية  
□ Chirurgie Traumatologique □ Chirurgie Rhumatismale □ Chirurgie des Membres □ Chirurgie Arthroscopique □ Chirurgie Prothétique  
□ Traumatologie du sport □ علاج الإصابات الرياضية □

Facture N° 268/22

Agadir, le 26.07.22

## NOTE D'HONORAIRES

Identité :

BOUHOU NAÏMA

Acte :

C<sub>2</sub>

2500H

Montant Total :

Dr Hamza AYYADI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
INPE 7041278458



041278458

06 61 38 87 71 05 28 21 22 21 dr.ayyadi.hamza@gmail.com  
عمارة برج الحكمة 1، مكتب رقم 13، الطابق الرابع، شارع الحسن الأول، الداخلة، أكادير  
Imm. Borj Al Hikma 1, Bureau N° 13, 4<sup>ème</sup> Étage, Av. Hassan I<sup>er</sup>, Dakhla, Agadir