

## 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 vignette 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° W21-730893

130583

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7576

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom : HADDOUCHE DRISS

Date de naissance : 28 NOVEMBRE 59

Adresse : VILLA F 111 Cité EL HAOUA

AGADIR

Tél. : 0661942618

Total des frais engagés :

432,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Saïda DOUAB  
Médecin Généraliste  
Hôpital Haasan II Agadir

Cachet du médecin :

15/08/2022 HADDOUCHE Driss Age: 63 ans

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aiguë

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 : 15/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Hand

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
10/02/2023	C	1	G	INP : 123456789 Dr. Saïda DOUAB Médecin Généraliste El Hassani d'Agadir

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr Khaïf LOUTFI Docteur en Pharmacie Rue El Kawkab El Cite Dakhlia - Al Tel : 05 28 23 02 <small>052823026</small> <small>INPE-PE</small>	15/08/2012	432,30

ORDONNANCE

Le : 15.08.22

Driss HADDOUCHE

1) 79,70 x 2 (2 boîtes) 

Azix 500 mg : 1cp 1er j pris 1/2 cp 1/j x 6j

2) Solupred 20mg :  1 matin x 5j

71,50 x 3

3) Oxillococcinum : (3 boîts)

1 dose x 3/j 

pris 1 dose / semaine

T 432,30

PHARMACIE LOITY  
Khalil LOITY  
Docteur en Pharmacie  
44, Rue El Kawakib Cité Dakhla - AGADIR  
Tél. : 05 28 23 90 09

Dr. Saïda DOUAB  
Médecin Généraliste  
Hôpital Hassan II Aghadir

AZIX®

Azithromycine

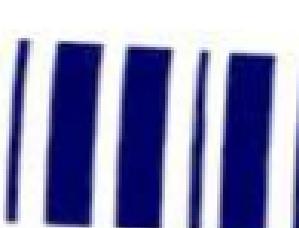
500 mg

voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J3041



3 Comprimés  
sécables

bottu

82, Allée des Ciseaux - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmaciens Responsable

AZIX®

Azithromycine

500 mg

voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J3041



3 Comprimés  
sécables

bottu

82, Allée des Ciseaux - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmaciens Responsable

BOTTU SA  
PPV : 71 DH 50

États grippaux

# oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

BOTTU SA  
PPV : 71 DH 50

États grippaux

# oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

BOTTU SA  
PPV : 71 DH 50

États grippaux

# oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®



**OPEN**

**20 comprimés effervescents**

Voie orale

Prednisolone

**Solupred® 20mg**

**Solupred® 20 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

**SOLUPRED 20 MG**

**CP EFF B20**

**PPV : 58,40 DHS**



6 118000 060536

**SANOFI**