

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-538328

AN2934



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7576	Société : RETRAITE		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HADDOUCHE DRISS
Nom & Prénom : HADDOUCHE DRISS			
Date de naissance : 28 NOVEMBRE 59			
Adresse : VILLA FM1 cité EL HOUA AGADIR			
Tél. : 0661942618	Total des frais engagés : 634,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Saïda DOUAB Médecin Généraliste Hôpital Hassan II Agadir </div>			
Date de consultation : 28/11/22			
Nom et prénom du malade : DRISS HADDOUCHE Age : 63 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète sucré manifesté			
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 : AGADIR Le : 28 / 11 / 22

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
92	C1	Gratuit		INP : Dr. Saïda DOIJAH Medecin Généraliste Hôpital Haasan II Agadir
28.11.				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Khalil Lotfi Docteur en Pharmacie 4, Rue El Kawathia Clu Dakha - Agadir Tel.: 05 28 23 90 00	28/11/22	634.90



ANALYSES - RADIGRAPHIES

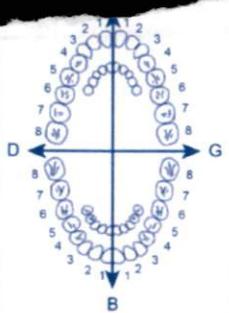
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

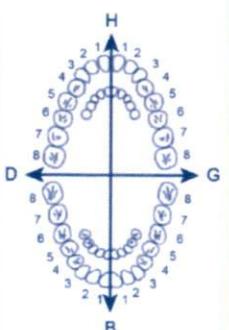
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saïda DOUAB
Médecin Généraliste
Hôpital Haasan II Agadir

ORDONNANCE

Le : 28.11.22

- 1) Driss HADDOUCHE
11 Aufmerksam: 1 semainex 2/j x 6j
- 2) Azix 500 mg: (2 boîtes) 1cp/j x 6j
- 3) Osuillococcinum: 4 boîtes
1 dose x 3/j x 2/j
- 4) Zyrtec 4: (7 boîtes)
1 cp/j x 15 j
- 63.20 joins 1 dose/semaine x 3 semaines
- 634.90

Dr. Saïda DOUAB
Médecin Généraliste
Hôpital Haasan II Agadir

BOTTU SA

PPV : 71DH50



États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

CIP: 3400932811007

LOT: 2C0364

EXP.: 05/2021

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

№ 30

États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

CIP: 3400932611007

LOT: 3E0639

EXP: 10/2023



BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

EXP.: 03/2025
LOT: 160341
CIP: 340093251007



BOTTU SA
PPV : 71DH50



États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

CIP : 340091325611007

LOT : 2F0251

EXP : 05/2024

125 mg

AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g /125 mg sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 126,30 DH

LOT: 649745

PER: 03/24



AZIX®

Azithromycine

500 mg



3 Comprimés
sécables

bottu s.a.
82, Allée des Casserines - Alti Sébaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

®

AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3282

AZIX®

Azithromycine

500 mg



3 Comprimés
sécables

bottu s.a.
82, Allée des Casserines - Alti Sébaa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

®

AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3282



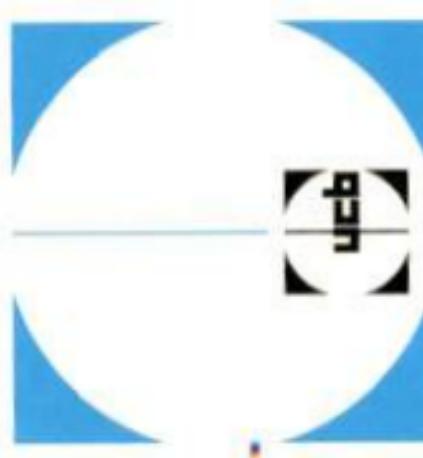
63,80

زيرتك®
10 ملغ
سيتيريزين ديكالورهيدرات



١٥

قراص ملمسة فابلة للأكسير



Zyrtec® 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158