

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-637644

156364 Courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1647 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Boutgayout Lahoucine  
 Date de naissance : 21-01-1954  
 Adresse : Rue 908 N°41 Dcheira Agadir  
 Tél. : 06 68 39 71 38 Total des frais engagés : 554,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed RAGRAGUI  
 PNEUMOLOGUE  
 Place des Bus, Imm. Achar  
 AGADIR - Tél: 05 28 82 80 10  
 INPE: 04117755

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : freespelle d'orb (a twb radio chir)  
 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 : 15/02/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-637644

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1647  
 Nom de l'adhérent(e) : Boutgayout Lahoucine  
 Total des frais engagés : 554,10 Dhs  
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE PASTEUR</b> 201, Bd. Mokhtar Soussi Dcheila El Jihadia Tél. : 05 28 27 29 47	15/02/93	204,10 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
15.02.23	26	2800/1	

[illegible]

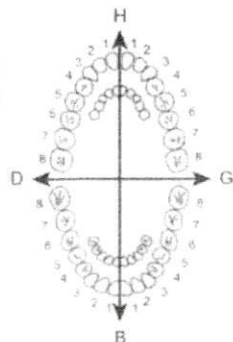
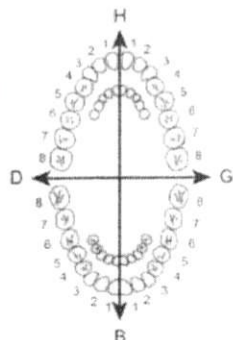
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES,

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

## Important :

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	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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>255334112</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		255334112	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	255334112	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	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

# Docteur Mohamed RAGRAGUI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Lille (France)

Spécialiste des Maladies de l'appareil respiratoire  
Asthme - Allergie

# الدكتور محمد رگراگي

خريج كلية الطب بليل فرنسا

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الضيقه - الحساسية

أكادير في: 15 02 23  
Agadir, le :

M<sup>me</sup> BELKADI Zolne

Dans: 2003 09/09

47.80

15

12.6

Dans 25000. 100 15 12.6

56.30

Dr. Mohamed RAGRAGUI  
PNEUMOLOGUE  
Place des Bus, Imm. Achar  
AGADIR - Tél: 05 28 82 80 10



INPE: 041117755

PHARMACIE PASTEUR  
201, Bd. Mokhtar Soussi  
Dcheira El Jhadi  
Tél.: 05 28 27 29 47

عمارة عشار (فوق مخبزة تكديرت) ساحة الحافلات - أكادير

Imm. Achar ( au dessus Patisserie Tagadirt ) - Place des Bus Agadir - Tél./Fax: 05 28 82 80 10

T.P: 48105432 - I.N.P.E: 041117755 - I.C.E: 001816213000017

4 أمولات للشرب

أمولات® أكتي-ب

25 000 وحدة نولية  
كربوكسالات بيروكسول D3  
فيتامين



Ergo Maroc  
SOLUTION HUILEUSE BUVALE

Solution huileuse buvable  
محلول زيتي للشرب

PPV: 56,30 DH  
LOT: 22C07D  
EXP: 03/2024

62

Fabriqué par  
**SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

0



# دازين 10.000 وحدة سيرايبتاز

40 قرصا ملبسا  
معدى - مقاوم  
عن طريق الفم



مختبرات سينتيديك  
20 - 22 زينة زبير بن العوام  
المصخور السوداء - الدار البيضاء



40 Comprimés enrobés gastro-résistants

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80