

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7576 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAÏDA DOUAB ARRISS

Date de naissance : 28 NOVEMBRE 59

Adresse : VILLE F 111 été G. HADDA

Tél. : 0661942618 Total des frais engagés : 339,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Saïda DOUAB**  
Médecin Généraliste  
Hôpital Haasan II Agadir

Date de consultation : 04/07/23

Nom et prénom du malade : Driss HADDOUIHE Age : 63ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Rhinite allergique conjointe

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 04/07/23

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
07/07/2023	C	1	6	Dr Saïda DOWAB Médecin Généraliste Dr Hassan II Addir

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE Khalil LITFI Droguerie et Parfumerie 44, Rue El Kacem El Gouraud - AGADIR Tél. : 05 28 23 90 09	04/07/23	339,40



## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### BELEVE 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 : 04.07.23

Dr. Driss HADDAD

1) Azix 500 mg : 2 bte

21.50 x 3 10/10 x 6j

2) Osuillolocainum : 8bte

1 dose x 27j x 2j

12bte 1 dose / semaine

3) Xyzall 5mg : 14j

339.40

mg/j x 14j

PHARMACIE LOTFY  
Khalil LOTFY  
Docteur en Pharmacie  
14, Rue El Kamariah Cité Dakar - AGAF  
Tél. : 05 28 23 99 99

Dr. Saïda DOUAB  
Médecin Généraliste  
Hôpital Haasan II Agadir

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



00000 00000 00000 00000 00000 00000

BOIRON®

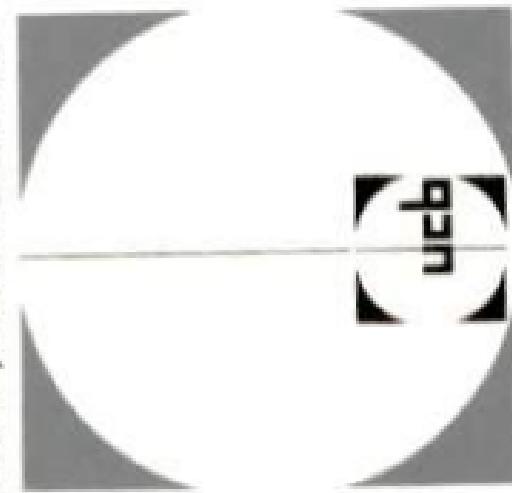
14 comprimés pelliculés  
Dichlorhydrate de Levocétirizine  
**Xyzall 5 mg**

LOT 201468 2

EXP 06 2024

PPV 45 20

**Xyzall 5 mg**  
Dichlorhydrate de Levocétirizine



**Xyzall 5 mg**

14 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



6 118000 021582

# AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 12/23

LOT: J3530

3 Comprimés  
sécables

bottu

s.a.  
82, Allée des Cessarimes - Ain Sébin - Cassablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70  
PER: 12/23  
LOT: J3530

3 Comprimés  
sécables

bottu

s.a.  
82, Allée des Cessarimes - Ain Sébâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable