

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 149364 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Chafik Batima

Date de naissance :

20/09/1983

Adresse :

Tél. 06.58.03.38.16 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr. Sou Zouhri Age :

Lien de parenté :

Fille/mère

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
25 SEPT 2023	CONTROLE GRATUIT			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL HAJJI Squad Tél: 05 28 14 39 26 t: 4832212 - AGADIR	25/09/2023	+ 244,10 +

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

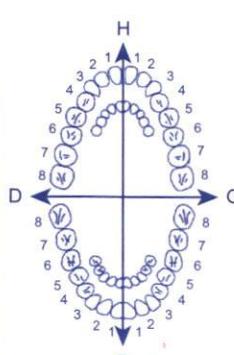
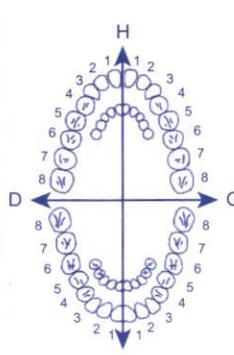
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

## RELEVE 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	
D	21433552 00000000 11433553	B		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

# **Docteur HAKIM Hassan**

Spécialiste en Dermatologie et Vénérérologie  
Maladies de la Peau, des Ongles et des Cheveux  
Chirurgie Dermatologique  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Médecine Esthétique

## Laser Epilatoire et Cicatrices

Ancien Médecin Chef du Service de Dermatologie  
à l'Hôpital Hassan II Agadir

Imm: Assalam Av. Cheikh Assaâdi Talborjt - Agadir  
Tél.: 05 28 84 63 63 / 84 87 87 - GSM : 06 61 38 21 48  
Email : agaderm@hotmail.com

الدكتور حاكم حسن

**اختصاصي في أمراض الجلد و الشعر و الأظافر**  
**الجراحة الجلدية**  
**الأمراض التنسالية**  
**طب التجميل**

## أشعة الليزر لازالة الشعر و الندب

رئيس سابقًا لمصلحة الأمراض الجلدية  
بمستشفى الحسن الثاني - أكادير

ع<sup>م</sup>ارة السلام شارع الشيخ السعدي تالبرجت أكادير  
الهاتف: 06 61 38 21 48 05 28 84 87 87/84 63 63 البريد الإلكتروني: Email : agaderm@hotmail.com

**Pharmacie AL AMAL**  
Drys HAJJI Souad  
Immeuble CHEIKH SAADI  
Tel: 0524 39 12 14  
Fax: 0524 39 12 14  
8322120 - AGADIR

FLAGYL 500 mg  
 CP PEL B20  
 P.P.V : 49DH80  
  
 6 118000 060062

144.50

2/ ENZAD  
C80

2 244, No

**Dr. EL HADJ TIGHMEUR AL AMAL**  
Soudi CHEIKH SAADI  
Tel: 0528 84 39 26  
Pat: 48322120 - AGADIR

Pharmacie AL AMAL  
Dr. EL HAJI SAEID  
am. TIGHMERT CHEIKH SA  
Tél: 05 28 84 39 26  
Pat.: 48322120 - AGADIR

A red circular stamp with the text "Dr. HAKIM H. HASSAN" at the top, "DERMATOLOGUE" in the center, and "Imme. Salam Av. Chelik 6 Saadi Talbot" and "Tél: 05 28 84 63 63 / 05 28 84 82 63" around the bottom.

LOT:1595  
PER:01-26  
PPV:144DH50

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80

06 61 38 84 87 87 / 84 63 63 - الهاتف : 05 28 84 87 87 - العنوان : عماره السلام شارع الشيخ السعدي تالبرجت أكادير