

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.

M22- 0017331

748423

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 89119 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M.FEHHOUR LAHOUSSINE

Date de naissance : 1e 30 04 1960

Adresse : 241 Hay ERAHA Rue cheikh Zaa Elayoun

Ben Chio

Tél. : 06.13.62.08.90 Total des frais engagés : 757,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : DEZ 06/01 Le : 07.02.2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MAROCNAINE Dr. Mustapha EL AZIZI Hay Errana EL - Berrechid Tél: 0522 32 63 62 062073820	12/11/2022	457,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

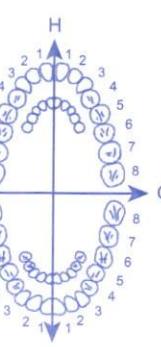
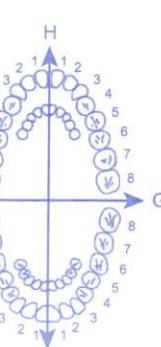
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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		

Pharmacie Marocaine

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAYERRAHA E/1 , BERRECHID



Facture N° 20230204-513

Date de vente : 20/12/2022

Médecin traitant :

el babaoui meryem

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZYLORIC CO 100MG B100 COMP	1	46,70	TVA (7.00%)	46,70
LEVOOTHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	3	24,40	TVA (7.00%)	73,20
ADO CO 1G B30 COMP	1	19,90	Exonéré (0.00%)	19,90
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	2	35,70	Exonéré (0.00%)	71,40
SULIAT HCT CO 160MG/5MG/12.5MG B28 COMP	3	182,10	Exonéré (0.00%)	546,30

Total HT	749,66 DHS
TVA	7,84 DHS
Total	757,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent cinquante-sept DHS
et cinquante centimes

Pharmacie MAROCAINE
Dr. Mustapha EL AZIZI
Hay Erraha E/1 - Berrechid
Tél: 0522 32 63 63

Dr. YAZIDI ASMAA

Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd
et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid

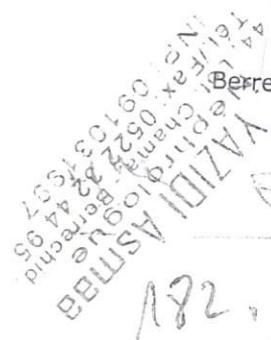
الاختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد
ومركز تصفية الدم الأمل ببرشيد

Berrechid, le 20/02/2007

برشيد، في



091031997



182, 10 x 3

Selbst abz. Klammer

regards de médecin

350 g x 2

x 6 mois

Pharmacie MAROC AME
Dr. YAZIDI ASMAA
Hay Errahba El Amal Berrechid
Tél: 0522 32 44 05



ASL

Pharmacie MAROC AME
Dr. Mustapha El Amal Berrechid
Tél: 0522 32 44 05



ASL

26, 10 x 3

LCP x 6 mois

de stellnox 100 mg

medication
le sein

26, 10

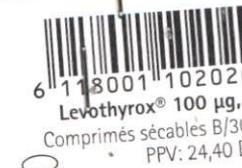
LCP x 6 mois



ASL

Dr. YAZIDI ASMAA
Nephrologue
44, Lot Chama - Berrechid
Tél/Fax: 0522 32 44 05

Pharmacie MAROC AME
Dr. Mustapha El Amal Berrechid
Tél: 0522 32 44 05



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT 222268
EXP 06 2026
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 Remboursable AMO
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022268

182,10



182,10

182,10

182,10