

# 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

*MUPRAS  
RECEPTION*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MECHOUR LAHOUSSINE

Date de naissance : le 30.04.1960

Adresse : 04A Rue cheikh Tqaï El Aïmim Hay

ERAHA Benchir

Tél. : 06.13.62.18.90 Total des frais engagés : 497,70 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 : DEROUA Le : 01/07/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/03/1997 YAZIDI Asmaa 0522 32 44 95 1031997	C2 général	Dr. YAZIDI Asmaa Néphrologue 44 Lot. Chama - Berrechid Tél./Fax: 0522 32 44 95 INP: 091031997	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Rebet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Boudaoued HÄSSINE Locuteur en pharmacie 20, dr. Latriss Latriss - Hay Err Tel/Fax. 022...42.51.95 - BERP	18/04/123	497,70

## **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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **MÉCHHOUR LAHOUSSINE**

Matricule : **89 49**      N° CIN : **W 48 248**

Adresse : **HOT EL AHA 41 D Rue chahid Nââ Elâïmâ Berrechid**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr. YAZIDI Asmaa**  
Néphrologue  
44, Lot. Chama - Berrechid  
Tél./Fax: 0522 32 44 95  
INP: 091031997

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **44, Lot. Chama - Berrechid**      Spécialité :

N° ICE :      N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **El Badawi Teneur**.

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

### Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Insuffisance rénale débutante - goutte - HTA -  
Diabète type II - hypertension artérielle.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Permis le 18/04/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

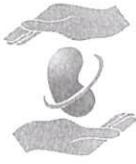


\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

Dr. YAZIDI Asmaa

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



الدكتورة يزيدى أسماء

اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم  
طبية سابقة بمستشفى ابن رشد  
ومركز تصفية الدم الأمل ببريشيد

برشيد، في ١٨١٥٤/٢٠٣ Berrechid, le

091031997

091031997

27/82, 10-Subsidy 16015/1215  
S.P. 16015, be within x busis

35,70 - Kawasaki 160  down

46,70 + 24/mc. 200  20 mm.

24.40 Lentipescaeruleus <sup>g. sp. pl.</sup> x 6 mm.

6,80 + Lemnophytes et Hydrophytes

19,90 too \$  Apr 5 a 

497,70

gx 182, 10 Ged

Dr. YAZIDI Asmaa  
Nephrologue  
et Chana-  
tox. 662 32 41 95  
22 31997  
10/10/2011

0522 32 44 95 - الهاتف : 0522 32 44 95 - الفاكس : 0522 32 44 95  
44, Lotissement Chama - Berrechid - Tél : 0522 32 44 95 - Fax : 0522 32 44 95

**SULIAT® HCT**  
160 mg / 5 mg / 12.5 mg  
28 comprimés pelliculés

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 350H70

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24.40 DH  
78682160342

SULIAT® HCT  
160 mg / 5 mg / 12.5 mg  
28 comprimés pelliculés

**مَسْنَدُ الْحِلْلَةِ**  
**Bendaoued HÄSSINE**  
**D'ocuteur en pharmacie**  
**320, Bd Idriss Lahlizi - Hay Erraha**  
**Tél/Fax. 022-51 95 - BEIRRE JHID**

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
7862160335

→ 19,90 Geol