

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.

Nº W21-786718

174857

| | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricole : 11443 | | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL HAYSSI Aissa | | | |
| Date de naissance : 13.04.76 | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 066660878 | | Total des frais engagés : 500 Dhs | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 20/07/2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : Aït IKKOU Fatima Age : 27 ans | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Suivi de grossesse | | | |
| 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 : Tinghir
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 20/07/2023

20/07/2023

Tinghir

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2023-07-23 | consultation | | 300.00 DH | INP : 1011223 1147 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie Saghro Dr. Mouhououb Adil v Mohamed V- Tinghir Tel 0524 83 41 20 042068387 | 20.07.2023 | 200,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|------------------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Rachid HAFIDI

Médecin Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat
Ex Officier Médecin à L'Hôpital Militaire
Mohamed V de Rabat



الدكتور رشيد حفيضي

طبيب أخصائي في أمراض النساء و التوليد
خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
ضابط طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

ORDONNANCE

Tinghir le :

10/7/2011

AIT ILLAHOU

FEMME

50.00 X N.

Tolifur

10/7/2011

T = 200,00

Pharmacie Saghro
Dr. Rachid Hafidi
Av Mohamed V- Tinghir
Tel 05 24 83 41 20

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN
Dr. Rachid HAFIDI
Toudgha Dades, Tinghir
Fax: 05 24 83 41 19
GSM: 06 61 90 18 77

رقم 200 ، الطابق الأول ،شارع محمد الخامس أمام مختبر الحلقات الطبية تودغا دادس - تغغير

N° 200 1^{er} étage , Avenue Mohamed V, en face du Laboratoire des Analyses Médicales Toudgha Dades,Tinghir

📞 05 24 83 39 77 / Urgences : 06 61 90 18 19 📩 R_hafidi@yahoo.com

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT 23021 PER 02/2026
PPV 50.00 DH

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT 23021 PER 02/2026
PPV 50.00 DH

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT 23021 PER 02/2026
PPV 50.00 DH

Laboratoires Steripharma
Z.I LINA, n° 347 - Sidi Mâarouf - Casablanca
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT:22042
PER:05/2024
PPV:50,00 dh

Laboratoires Steripharma
Z.I LINA, n° 347 - Sidi Mâarouf - Casablanca
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable