

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0015196

178719

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2373

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HANI

Fatima

Date de naissance :

1-7-1951

Adresse :

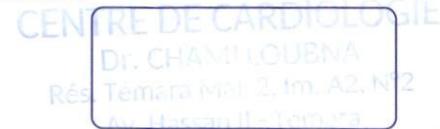
128, Alabdi Preibga Tensmila

Tél. :

0661945927

Total des frais engagés : 6513,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/09/23

Nom et prénom du malade :

El HANI FATIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

- ACFA

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 : Tensmila

Le : 19/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
19/09/23	es		300 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CONSEIL Dr. YOUSSEF SAHOU Pharmacien 33, Lot Masrour, Témara Tél/Fax: 05 37 74 11 63	19/09/23	6219,60
		102019890

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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. Loubna CHAMI (Ep. Alaoui)

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Adultes et enfants

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echocardiogramme, Holter ECG

Holter fonctionnel, Epreuve d'effort



Le :

19/09/2021



MME EL HANI FATIMA

629.00x6
• Xarelto 20 mg

1 , midi, pendant 6 mois

82.10x12
• Inexium 20 mg

1 comprimé, matin, avant les repas, pendant 6 mois

14.00x3
• Doliprane 1g

1 , matin, midi, soir, si douleurs

111.30x6
• IRVECOR 150mg/10mg

1 comprimé, matin, pendant 6 mois

84.20x6
• Cardix 25 mg

1 comprimé, midi, pendant 6 mois

26.40x6
• Levothyrox 100 µg

1 , matin, pendant 6 mois

95.00x6
• Relaxium 375mg

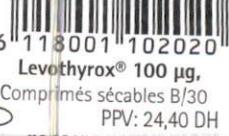
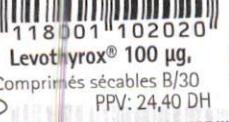
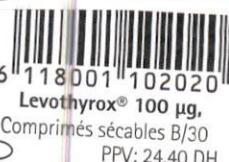
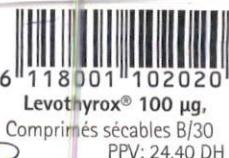
1 gélule, soir, pendant 1 mois

INPE : 101167724 -
العمراء A2, المكتب 2 - الطابق الأول تمارا المركز

Résidence Temara Mall 2, Avenue Hassan II - Immeuble

E-mail : loubnachami@yahoo.fr - Tél : 05 37 61 36 36 : MGS -

83,00



PPV 111DH30
LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30
LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

Viale Orale
Comprimés sécables

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30
LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30
LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

PPV 14DH00
PER 07/26
LOT M2370

PPV:14DH00
PER:05/26
LOT:M1878

PPV:14DH00
PER:05/26
LOT:M1878

LOT: 230429
DUO: 05/2026
99.00 DH

LOT: 405
PER: JAN 2026
PPV: 81 DH 20

LOT: 405
PER: JAN 2026
PPV: 84 DH 20

28

28

28 Comprimés

28 Comprimés

LOT: 405
PER: JAN 2026
PPV: 84 DH 20

LOT: 389
PER: MAI 2025
PPV: 84 DH 20

28

hyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7882160342

7882160342

7882160342

7882160342

7882160342

PHARMACIE DU CONSEIL

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

Facture N° 20230925-450

MME EL HANI FATIMA

Date de vente : 19/09/2023

Maroc

Medecin traitant :

Produit	Qté.	P.U	TVA	
RELAXIUM B6 CO 375MG B30 GELULES	1	99,00	TVA (20.00%)	99,00
LEVOTHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	6	24,40	TVA (7.00%)	146,40
CARDIX CO 25MG B28 COMP	6	84,20	Exonéré (0.00%)	505,20
IRVECOR CO 150/10MG B28 COMP	6	111,30	Exonéré (0.00%)	667,80
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	3	14,00	TVA (7.00%)	42,00
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	12	82,10	TVA (7.00%)	985,20
XARELTO CO 20MG B28 COMP	6	629,00	Exonéré (0.00%)	3 774,00
			Total HT	6 126,32 DHS
			TVA	93,28 DHS
			Total	6 219,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six mille deux cent dix-neuf DHS et soixante centimes

INPE
102019890

PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Youssef LAHLOU
Pharmacien
33 Lot Masrou Témara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63