

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6191

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HACHIMI HAKIMA

A 822748

Date de naissance : 27/10/1959

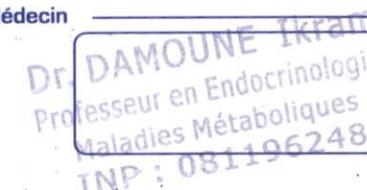
Adresse : Cite' ESSAADA c m° 83 ERAC BOUARGANE AGADIR

Tél. : 0661336013

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypothyroïdie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
01/08/2013	FC		50,00	Dr. DAMEK Professeur de la Faculté de Médecine de l'Université Hassan II d'Agadir Sous le nom de Dr. DAMEK Ida Oulanane - Agadir Tél: 0528 207 171 Fax: 0528 306 444 E-mail: direction@fsm.ac.ma
11/08/2013	CA		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Gourmisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. RIZKI Ahmed - Pharmacie Karmougan Av. Imam Aloukhan N°180 Errachidia AGADIR - Tél: 05 28 23 22 72 INF: 042000521	08/01/13	20,46

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

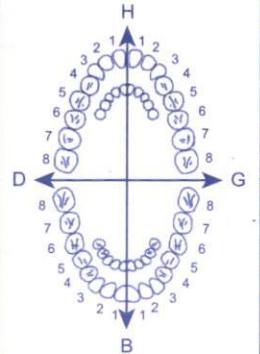
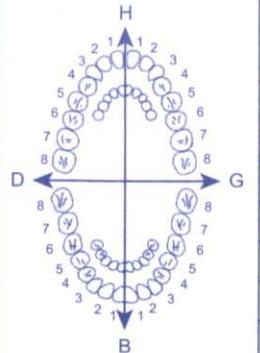
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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	MONTANTS DES SOINS	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553				B
				G
[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

ORDONNANCE

Dr. DAMOUNE Ikrar
Professeur en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
INP : 081196248

, Le : 08/11/2013

6,80 x 3 Mme El Hachmi Hakima.



1/ levothyrox 25 mg .

20,40 18/ 30 - ast p^t dg ,

At de 3 m^l

Pharmacie 20 Août
El FIZK Ahmed - Pharmacien
Rue Aloukheri N°180 ERAC Bouargane
CAQIR - Tel: 06 28 23 32 79

Dr. DAMOUNE Ikrar
Professeur en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
INP : 081196248

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR



090064759

AGADIR Le : 08-11-2023

Facture N° 28087/23

A. Identification

N° Dossier : HIA23K08151229 N° Identifiant : 019848/23

Nom & Prénom : Mme EL HACHIMI HAKIMA

C.I.N : B244565

Adresse : AGADIR

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-11-2023

Date Sortie : 08-11-2023

Médecin traitant : DR . DAMOUNE IKRAM

Traitemet :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FRAIS CLINIQUE		50,00			50,00
					Total Rubrique :	50,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. DAMOUNE IKRAM (ENDOCRINOLOGUE)		300,00			300,00
					Total Rubrique :	300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						350,00

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

signature de l'assuré

Hôpital International Agadir
Sis à Zone Grand Stade, Route N°1
Idr Outanane - Agadir
Tél: 0528 20 71 71 Fax: 0528 206 464
E-mail: direction@hia.ma

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

NOM DU PATIENT : Mme EL HACHIMI HAKIMA
DATE DE NAISSANCE : 27/04/1959
HIA23K08151229



Reçu N°: 46907

Paiement du 08/11/2023 16h03

Actes	
Montant	350,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : BENIHDA RACHID Le 08/11/2023 16h03

ACCUSE CAISSE
Hôpital International Agadir

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601N8T
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7882160335

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601N8T
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7882160335

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601N8T
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7882160335