

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 ayant 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="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 8949

Société : R.A.PT.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JECHOUR LA MOUSSINE

Date de naissance : Le 30/04/1960

Adresse : D 41 Rue cheikh Daâ EL Aïnun Hay
ERAHA Benchebil

Tél. : 06.13.62.18.90 Total des frais engagés : 623,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr YAZIDI ASMAA
Néphrologue
44 Lot. Chama-Berrechida
TéleFax: 0522 32 44 95
INP 097031997

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2012

Nom et prénom du malade : EL BAAHOUI Jenim Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection neurologique

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 : 26 meill Le : 20/09/2012

Signature de l'adhérent(e) : my. abd

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes
20/09/2022	12	300 UMR	Dr YAZDANI ASTRA Néphrologue Lot Chama - Berrechid Tél. /Fax: 0522 32 44 95 Dr YAZDANI ASTRA Néphrologue Lot Chama - Berrechid Tél. /Fax: 0522 32 44 95	YAZDANI ASTRA Néphrologue Lot Chama - Berrechid Tél. /Fax: 0522 32 44 95
13/09/2022	12	Dr YAZDANI ASTRA Néphrologue	Dr YAZDANI ASTRA Néphrologue Lot Chama - Berrechid Tél. /Fax: 0522 32 44 95	YAZDANI ASTRA Néphrologue Lot Chama - Berrechid Tél. /Fax: 0522 32 44 95

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

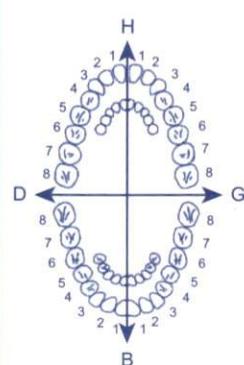
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

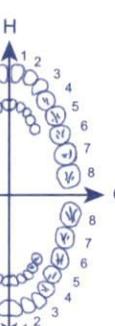
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412 21433552
D	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553



[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 255334112 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

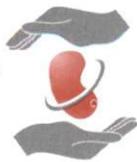
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. YAZIDI Asmaa

Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins

Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd

et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid



الدكتورة يزيدي اسماء

اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

بريشيد، المغرب - 44400 - Tel: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 95

E-mail: yazidi.asmaa@gmail.com

INP: 091031997

35,00



091031997

Berrechid, le

20/09/2022

بريشيد، في

YAZIDI ASMAA
Berrechid, 44400
Tél: 0522 32 44 95
Fax: 0522 32 44 95
E-mail: yazidi.asmaa@gmail.com

RC BADAOUI Ferne

182,10

Selick 100 KI 102,5

(S.V)

182,10

323,50

100 + 60

+ 60

35,00

Kaudigil 100

(S.V)

151

MARDAIN

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

35,00

100 10

100

611800 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

LOT 221170
EXP 04 2026
PPV 46.70 DH

2 h. 40

- Levothyrox 100 mg

16,90 100,00

- Zytmic 100 100 mg

Br. YAZIDI Asmaa

Néphrologue
44, Lot. Chama - Berrechid

Tél/Fax: 0522 32 44 95

INP: 091031997

تجزئة شامة - بريشيد - الهاتف: 0522 32 44 95 - الفاكس: 0522 32 44 95

44, Lot. Chama - Berrechid - Tél.: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 95

E-mail: yazidi.asmaa@gmail.com

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**Nom et prénom : *DÉCHOUR LAHOUSSINE*Matricule : *8949* N° CIN : *W 48 348*Adresse : *HOTEL ERAITA 41D Rue MAA AL AYNINE Berrechid*Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint EnfantDr. YAZIDI Asmaa
NéphrologueJe soussigne : *44, Lot. Chama - Berrechid*
Tél./Fax: *0522 32 44 95* Spécialité :
INP: 091031997

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *El BADAROU Jeneim*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 :***Maladie de l'HSA - Diabète type II
et goutte.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *III de l'HSA - Goutte et le
goitre (hypothyroïdie)*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Seine le 20/09/2020*

Cachet et signature du médecin traitant :

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

*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