

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

- Reclamation : 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: 8949 Société: R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom: DÉCHHOUR LAHOUSSINE

Date de naissance: 16/04/1960

Adresse: DH1 Ray CRAHA Rue ennil.7aa

EL Aïnine Bérechid

Tél: 06.13.62.18.90 Total des frais engagés: 789 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Dr. YAZIDI ASMA
Néphrologue
44, Lot. Chama - Bérechid
Tél/Fax: 0522 32 44 95
N.P. : 1031997

Date de consultation: 18/04/2023

Nom et prénom du malade: EL BAGhdadi Yousri Age: _____

Lien de parenté:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie: Diabète type II + goutte + arthrose

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: Bérechid

Le: 11/05/2023

Signature de l'adhérent(e): Amel Ait

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
18/04/2023	C 2		300,000 DZ	YALDI ASSESSMENT Berrechid Lot. Cham. 0522324405 Tél/Fax: 0522324405 INP: 091031937

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
مختار الصناعة Bendaoued HASSINE Docteur en pharmacie 320, Bd. Idriss Lahrizi - Hay Erraha Tél/Fax: 022.32.51.95 - BERRECHID	18/04/23	4891

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS																	
DEBUT D'EXECUTION																	
FIN D'EXECUTION																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
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 L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																

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

إختصاصية في أمراض الكلي و تصفية الدم

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد

ومركز تصفيه الدم الأمل بير شيد

برشيد، في ١٨ / ٥٤ / ٢٠١٣ Berrechid, le



091031997

Berrechid, le 18/04/2013 برشید، في 18/04/2013

Dr. BADAOUED HASSINE
Docteur en pharmacie
20, Bd. Idriss Lahrizi - Hay Erraha
Tél/Fax: 022.32.51.95 - BERRECHID

EL BADAOUI Jeniffer

~~160 Difluprednol 160 mg 1/2 gr~~

~~160 mg le matin x 6 mois~~
2x 182,10

~~160 mg le matin x 6 mois~~
2x 35,70

~~160 mg le matin x 6 mois~~
R + 240 mg 2x 160 mg le matin x 6 mois

~~160 mg le matin x 6 mois~~
2x 6,80

~~160 mg le matin x 6 mois~~
+ 160 mg 1/2 gr 160 mg le matin x 6 mois

~~160 mg le matin x 6 mois~~
2x 15,90

~~160 mg le matin x 6 mois~~
- 160 mg 1/2 gr 160 mg le matin x 6 mois

~~160 mg le matin x 6 mois~~
489,00

Dr. YAZIDI Asmaa
Néphrologue
Lot. Chama - Berrechid
Tél: 0522.32.44.95
Fax: 0910.31.99.7

0522 32 44 95 - الفاكس : 0522 32 44 95 - الهاتف : 0522 32 44 95 - شيد - شامة بـ

44 | Lotissement Chama - Berrechid - Tél. : 0522 32 44 95 - Fax : 0522 32 44 95

E-mail : vazidiasmaa@gmail.com

→ 132,10

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



6 118000 072256

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



6 118000 072256

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER. : 05.05.2024
LOT : 01 : 22E009

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER. : 05.05.2024
LOT : 01 : 22E009

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

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

ADO® 1g,
Boîte de 30 comprimés pelliculés



6 118000 092445

ADO® 1g,
Boîte de 30 comprimés pelliculés



6 118000 092445

→ 19,90

بendaoued HÄSINE
Docteur en pharmacie
320, Bd. Idriss Lahizi - Hay Erraha
Tél/Fax. 022.32.51.95 - BERRECHID

7862160335

7862160335