

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0017335

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société : R.A.M. 176983
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JECHHOUR LAHOUSSE
Date de naissance : Le 30.04.1960
Adresse : 241 HOY ERATA Rue Rachid
Elamine Benachriol
Tél : 06.13.62.18.90 Total des frais engagés : 248,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Beni-Brid Le : 25 / 09 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01-08/2013

248,70

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

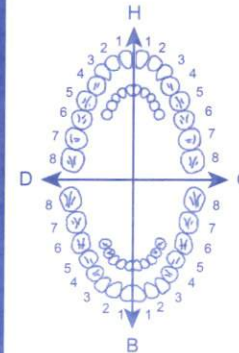
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

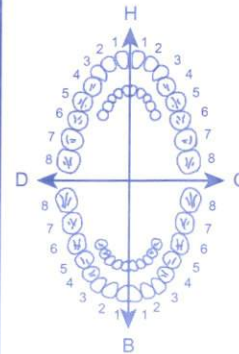
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MAROCAINE BERRECHID

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAY ERRAHA E/1, BERRECHID



PHARMACIE MAROCAINE
BERRECHID SARL AU
Dr. Mustapha EL AZIZI
Hay Erraha E N° 1 - Berrechid
Tél.: 05 22 32 63 63

Facture N° 20230802-993

Date de vente : 02/08/2023

Médecin traitant :

el badaoui meriem

Maroc

Produit

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ADO CO 1G B30 COMP	1	19,90	Exonéré (0.00%)	19,90
ZYLORIC CO 100MG B100 COMP	1	46,70	TVA (7.00%)	46,70
SULIAT HCT CO 160MG/5MG/12.5MG B28 COMP	1	182,10	Exonéré (0.00%)	182,10

Total HT	245,64 DHS
TVA	3,06 DHS
Total	248,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent quarante-huit DHS
et soixante-dix centimes

PHARMACIE MAROCAINE
BERRECHID SARL AU
Dr. Mustapha EL AZIZI
Hay Erraha E N° 1 - Berrechid
Tél.: 05 22 32 63 63

NPE: 062073820

0031

182,10

19,90

LOT 223159
EXP 09 2026
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 0MP21N1TT
SOTHEMA BOUSKOURA

6 118000 022268

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

6 118000 072256

ADO® 1g.

Boîte de 30 comprimés pelliculés

6 118000 072256

Dr. VAZIDI Asmaoui

Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd
et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid



الدكتورة يزيدية أسماء
إختصاصية في أمراض الكلى و تصفية الدم
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد
ومركز تصفية الدم الأمل ببرشيد

برشيد، في 18/04/2013 Berrechid, le



M EL BACHAOU Jeneun

182,10

- Sulist 160 15/12/11

1 cplj Le matin x 6 semaines

- Kaudexic 160 1 cplj x 6 semaines

467

+ Zyltic 200



1 cplj le soir

- Levetirac 100 1 cplj x 6 semaines

+ Levetirac 25

1/2 cplj x 6 semaines

1950

- ADO 15



1 cplj x 6 semaines

T = 248,7



0522 32 44 95 - 0522 32 44 95
44, L'Essence d'Or - Berrechid - Tél. : 0522 32 44 95 - Fax : 0522 32 44 95
Email: vazidiasmaoui@gmail.com

PHARMACIE MAROCAINE
BERRECHID SARL AU
Dr. Mustapha EL AZIZI
May Elmaha N° 1 - Berrechid
Tél.: 05 22 32 63 63