

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.

M22- 0017335

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949

Société : RAM 176983

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DECHHOUR LAHOUISSINE

Date de naissance : Le 30.04.1960

Adresse : 241 HOY ERAHA Rue en Reich Taa

Elanine Ben Abdellah

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 : Ben Abdellah Le : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : Mufid

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 06201800 PHARMACIE MARABOUT BERRECHID S.A.R.L. 21, Montazah - Berrechid Tél : 05 22 32 63 63	02/08/2013	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				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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MAROCAINE BERRECHID

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAYERRAHA E/1 , BERRECHID



Facture N° 20230802-993

Date de vente : 02/08/2023
Médecin traitant :

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

el badooui meriem

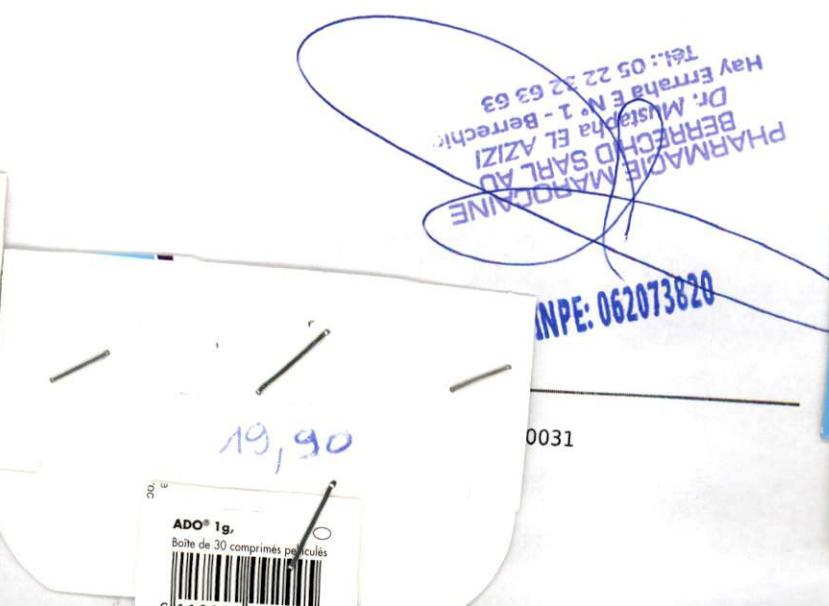
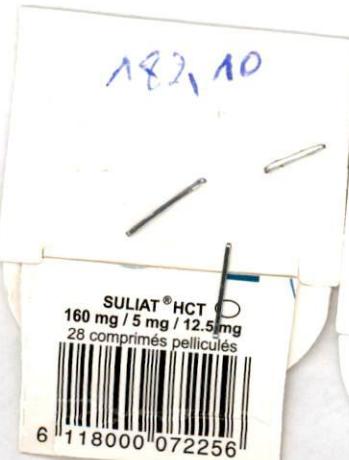
Maroc

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



Dr. YAZIDI Asemia

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



الدكتورة يزيدي أسماء
اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد
ومركز تصفية الدم الأمل ببريشيد



Berrechid, le 18/04/2013 برشيد، في

091031997

JM EL BADAOUI Jenew

18210

Sulth 160 x 120

160 x 120 le mdrn x bnn

Kandoujic 160

160 x bnn

160 x 240 160 x bnn

Lentigo 100 160 x bnn

+ Lentigo 20 160 x bnn

1990 160 x 160 x bnn

A00



15 248,70



0522 32 44 95 - 0522 32 44 96 - مكتب المريض - 44
44, Lotissement Chana - Berrechid - Tel : 0522 32 44 95 - Fax : 0522 32 44 95
E-mail : yazidiasemia@gmail.com

PHARMACIE MAROCAINE
BERRECHID SARL AU
Dr. Mustapha EL AZIZI
Hay Erraha N° 1 - Berrechid
tél. : 0522 32 63 63