

# 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 : 8949

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MECHOUR

LAHOUSSINE

Date de naissance : Le 30.04.1960

Adresse : 241 Hay ERAA Rue eliech Daa Elainine Benachid

Tél. : 06-13-62-18-90 Total des frais engagés : ..... 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 :

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 : Benachid

Le : 01/09/2003

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
8/1/2013				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAR BERRECHID ZIZI Dr. Mustapha B Erraouf N° 23 63 Tunis 111; 022 323 63 52073820	10/09/23	315,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

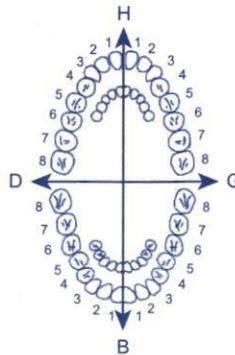
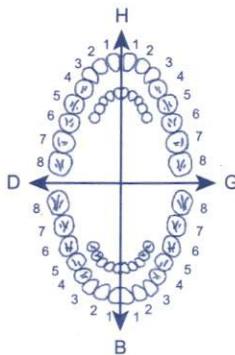
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

Dr. YAZIDI Asma'

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 ببرشيد

Barcode  
091031997

Berrechid, le 18/04/2013 برشيد، في

Jui, EL BADAOUI Jenoum

182,10

- salut 160,15 / 12,15

14plj le



x6unis

35,70

- Koudoucic 160



14plj 6unis

46,70

+ 24plj 20s



x6unis

24,40

- Livotyna 100



14plj x6unis

6,80

+ Livotyna 20



1/2 4plj x6unis

19,90

- Abo 15



14plj albums

T = 315,60



PHARMACIE MAROCAINE  
BERRECHID SARL AU  
Dr. Mustapha EL AZIZI  
Hay Errachid E.N° 1 - Berrechid  
Tél.: 05 22 32 63 63  
INPE: 062073820

44، حي الشمام - برشيد - الهاتف: 0522 32 44 95 - الفاكس: 0522 32 44 95  
44, Lotissement Chama - Berrechid - Tel: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 95  
E-mail: yazidiasmaa@gmail.com

LOT 230749  
EXP 02 2027  
PPV 46.70 DH

**ZYLORIC 100 mg**  
Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 OMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO  
  
6 118000 022268

15,90

  
6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

  
ADO® 1 g,  
Boîte de 30 comprimés pelliculés  
6 118000 092445

  
6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
7862160335

182,15

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
  
6 118001 081189

PER .01 2025  
LOT :23E003

# PHARMACIE MAROCAINE BERRECHID

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAYERRAHA E/1 , BERRECHID



Facture N° 20230920-264

Date de vente : 10/09/2023

Médecin traitant :

EL BADAOUI MERIEM

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LEVOHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	1	24,40	TVA (7.00%)	24,40
ZYLORIC CO 100MG B100 COMP	1	46,70	TVA (7.00%)	46,70
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	1	35,70	Exonéré (0.00%)	35,70
ADO CO 1G B30 COMP	1	19,90	Exonéré (0.00%)	19,90
LEVOHYROX CO 25µG B30 COMP SECA	1	6,80	TVA (7.00%)	6,80
SULIAT HCT CO 160MG/5MG/12.5MG B28 COMP	1	182,10	Exonéré (0.00%)	182,10

Total HT	310,50 DHS
TVA	5,10 DHS
<b>Total</b>	<b>315,60 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent quinze DHS et soixante centimes

INPE: 062073820

PHARMACIE MAROCAINE  
BERRECHID SARL AU  
Dr. Mustapha EL AZIZI  
Hay Erraha E/1 - Berrechid  
Tél.: 0522 32 63 63