

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 canaux, 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 canaux.

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

N° M21- 0060681

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MECHOUR LAHOUSINE
 Date de naissance : le 30-04-1960
 Adresse : DHA HOY CRAHA Rue Abd Elkrim Ben Abdou
 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 : Berkia Le : 03/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

20/09/83

315.60

INPE: 062073820

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

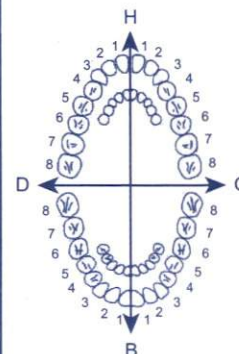
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

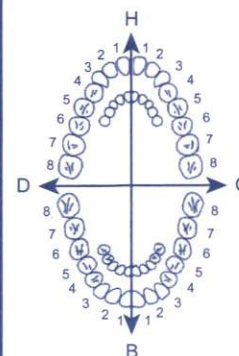
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. YAZIDI Amel

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 متابعة بمستشفى ابن رشد
ومركز تصفية الدم الأمل ببرشيد

برشيد، le 18/04/2013



M. EL BADAoui Genie

Sulicet 160 15/12/15

1cpt, le



album

Kardolig 160



album

+ Zyltic 200



1cpt, le

ser

- Levotyrox 100

1cpt, album

+ Levotyrox 25



1/2 cpt, album

- ADO 15



1cpt, album

182.10

31.70

46.70

24.10

6.80

19.90

315.60

0522 32 44 95 - 0522 32 44 35 - 0522 32 44 35
44, Lousserent Chana - Berrechid - Tel : 0522 32 44 95 - Fax : 0522 32 44 35
Email : yezidiasmea@gmail.com

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

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DAM/25/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO
LOT 231238
EXP 03 2027
PPV 46.70 DH

KARDECIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 350H70
6 118001 081189

182,10

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

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

19,90

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072256

PHARMACIE MAROCAINE BERRECHID

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAY ERRAHA E/1 , BERRECHID



Facture N° 20231002-627

Date de vente : 29/09/2023
Médecin traitant :

EL BADAOUI MERIEM

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LEVOTHYROX CO 25µG B30 COMP SECA	1	6,80	TVA (7.00%)	6,80
LEVOTHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	1	24,40	TVA (7.00%)	24,40
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
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	1	35,70	Exonéré (0.00%)	35,70
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
Total	315,60 DHS

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

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