

# 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.O.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUHOUIR LAHOUISSING

Date de naissance : 20.04.1960

Adresse : 241 HOU CRAHA Rue Nasr El Ainin Ben Abdellah

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 : M. MOUHOUIR LAHOUISSING

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : M. MOUHOUIR LAHOUISSING

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 : 03/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/05/2023      |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br><b>INPE: 062073820</b> | 20/10/93 | 315.60                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DR. YACDI Amada

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



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



Berrechid, le 18/04/2013 برشيد، في

Jui EL BADAOUI Yenoui

Subjet 16015/1215

14/04/13 le



abuis

182.10

35.2

46.2

24.11.0

6.8V

19.0 0

~~315.60~~

- Kauderig 160



abuis

le niv

+ 24hvc 200



abuis

- Levotyrox 100

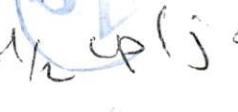
14plj



abuis

+ Levotyrox 20

14plj



abuis

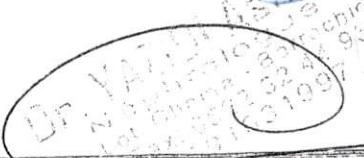
- AOC 10



abuis

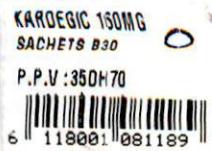
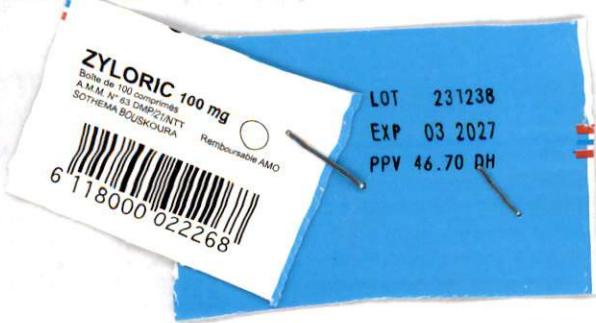


abuis



0522 32 44 95 - Tel: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 95  
44, Loussemment Chemin - Berrechid - Tel: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 95  
Email: yezzaelamda@gmail.com

YAHIA YACDI MARDI  
BERRECHID SAIDI  
Dr. Mousa El AZZI  
El Ablaia EN 1, Berrechid  
Tel: 05 22 32 63 63



182,10



# PHARMACIE MAROCAINE BERRECHID

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAYERRAHA 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  |
|---|------|--------|-----------------|--------|
| LEVOHYROX CO 25µG B30 COMP SECA         | 1    | 6,80   | TVA (7.00%)     | 6,80   |
| LEVOHYROX 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          |
| <b>Total</b> | <b>315,60 DHS</b> |

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

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