

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Co

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 10012 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YASSIR BENMOUHAMED

Date de naissance : 21/02/1971

Adresse : Appart 8 ème étage résidence

Jardins de Souss Hay Nchama di Agadir Maroc

Tél. 9222661417174 Total des frais engagés : 426.01 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

201862

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 : Agadir Le : 07/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Yassir Benmouhamed

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-839916

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

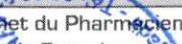
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/2024	426,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant de Honoraire
---	-------------------------

The diagram shows a 12-lead ECG tracing on a grid. The leads are numbered 1 through 12 in a clockwise circular pattern starting from the top. Lead 1 is at the top, leads 2 and 3 are on the right, leads 4 and 5 are at the bottom, leads 6 and 7 are on the left, leads 8 and 9 are at the top-left, leads 10 and 11 are at the top-right, and lead 12 is at the bottom-right. A vertical arrow labeled 'B' points downwards at the bottom center. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' points to the right, representing the three main axis directions.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE LA MOSQUEE DU LIBAN

IMMEUBLE BARUTEL M14 AVENUE DES F.A.R AGADIR

R.C :67316

T.V.A :XXXXXXX

Patente:483077660

C.N.S.S:1246947

Tél :+212528823443

Le 07/01/2024

FACTURE N°308700

N° ICE : 001855605000038

N° IF : 61220520

MR BENMOUMEN YASSIR

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	IRPHI PLUS CO 150/12,5MG 30U	142,00	0,00	142,00	426,00		426,00		



BRUT TTC 426,00 - Remise 0,00 = NET TTC 426,00

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Vingt Six DIRHAMS.

إِرْفَيْ بِلُوِسْ ١٢,٥/١٥٠ مَعْ

إِرِيزَارْتَان/هِيدْرُوكْلُورُوتِيَارِيد

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

كِرْصَ ٣٠



φ_{h.i} مَعْهَدُ الصِّيدْلَةِ

LOT : 024
PER : MAI 2025
PPV : 142 DH 00

إِرْفَيْ بِلُوِسْ ١٢,٥/١٥٠ مَعْ

إِرِيزَارْتَان/هِيدْرُوكْلُورُوتِيَارِيد

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

كِرْصَ ٣٠



φ_{h.i} مَعْهَدُ الصِّيدْلَةِ

LOT : 024
PER : MAI 2025
PPV : 142 DH 00

إِرْفَيْ بِلُوِسْ ١٢,٥/١٥٠ مَعْ

إِرِيزَارْتَان/هِيدْرُوكْلُورُوتِيَارِيد

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



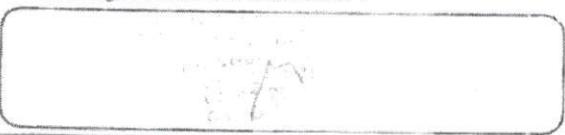
6 118000 051299

كِرْصَ ٣٠



φ_{h.i} مَعْهَدُ الصِّيدْلَةِ

LOT : 024
PER : MAI 2025
PPV : 142 DH 00

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BENAHMIA N YASSINE
Matricule :	10012
N° CIN :	DH 80 082
Adresse :	APT 8 Immeuble 28 Résidence Jardins de Sidi Hay D'Shame di Agadir Maroc
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 03M18348
Certifie que Mlle, Mme, M. : BENAHMIA YASSINE	
Nécessitant un traitement d'une durée :	< 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> À vie <input type="checkbox"/>
Maladie de longue durée	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	Med. : C. S. R. E. R. D. M. R. R. S.
Traitement prescrit :	TRAV plus 150/18.5 (g)
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	05/05/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées.