

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

- Reclamation : 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

Ag5218

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023641

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6820 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
 Nom & Prénom : KHEDROUF Hafidha Date de naissance : 21/5/60
 Adresse : HAIB Tuelle
 Tél. : 06 61 55 09 34 Total des frais engagés : 105,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KADIL FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Médecin des Maladies
Tel: 05 22 32 43 39

Date de consultation : 03/01/24

Nom et prénom du malade : Madiha Rabia Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 + HTA + Cholestérolémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : FATIMA ZAHRA

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 : ferrechid Le : 07/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : R. Rabia

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
03.01.21	CG	+250DH		ALI FATIMA Dentiste Diabatologie Radiologique 32 43 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Sihem Tamir -2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechid Fix : 0522336822</i>	03/01/24	805,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

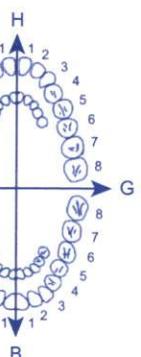
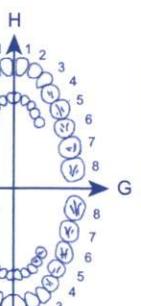
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

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			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>B G</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

بن رشد

Ordonnance

Nom: Radih Rabia

Berrechid, le: 03.01.2011

①

⇒ Dimazal 10mg

صيدلية مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad

Dr : Siham TAMIR

N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide
Fix: 0522336822

1/2 cp le vendredi

②

1/2 cp le jeudi

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Médecine des Maladies
Tél: 0522324339

⇒ LD Nor do →

1/4 cp après dîner



Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Médecine des Maladies
Tél: 0522324339

15950 x 3

⇒ Bipretaram 10/2.5 mg

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Médecine des Maladies
Tél: 0522324339

③

1/4 cp avant le dîner

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Médecine des Maladies
Tél: 0522324339

④

Cardiacuspisine 100 →

1/4 cp au dîner

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Médecine des Maladies
Tél: 0522324339

179,00

→ Cefico 200 →

13,50 x 4

6

Glycam 500 →

149 x 215

28,20 x 1

→ Diamicto

0 - 149 - 149

149 x 215 149

Pr 805, 20

159,10

19,10

159,50

19,10

159,50

19,10

78,70

19,10

LOT 230852

EXP 03 25

PPV 170.00 DH

CEFICO®

Céfoxime trihydrate

الدواء
Pharmacie Mosquée Riad
Dr : Siham TAMIR
N° 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechid
Fix : 0522336822



Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabetologue
et Malnutrition Specialist
0522334263 Mar

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabetologue
et Malnutrition Specialist
0522334263 Mar