

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.



19521e

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023641

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06820 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHEDROUF Hichem Date de naissance : 21/5/60
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 06 61 55 09 34 Total des frais engagés : 105,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/24
Nom et prénom du malade : MACH 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 :

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 : Bercy Signature de l'adhérent(e) : Le : 07/02/2024

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - 5ème 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

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
03.01.24		C6	4250dh	

Dr. KAIDI FATIMA
Endocrinologue Diabétologie
et Maladies Chroniques
Tel: 05 22 32 43 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMIR
- 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechid
Fix : 0522336822

03/01/24

805,20

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

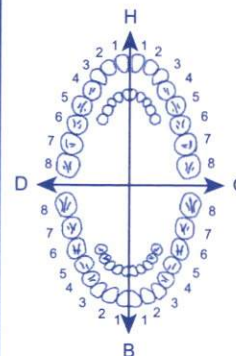
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	G
00000000	00000000
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. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : Radih Rabia

Berrechid, le : 03.01.2011

①

① Dimazef 10mg

صيدل مسجد الرياض

Pharmacie Mosquée Riad

Dr : Siham TAMIR

N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide

Fix : 0522336822

$\frac{1}{2}$ cp le lundi

②

$\frac{1}{2}$ cp le jeudi

② LD Nor do →

15250 x3 1 cp après dîner

③ Biperteron 10 / 2.5 mg

④ 1 cp avant M di

④ Carbidopipidine 100 →

1 cp après dîner

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Endocriniennes
Tel: 05 22 32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Endocriniennes
Tel: 05 22 32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Endocriniennes
Tel: 05 22 32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Endocriniennes
Tel: 05 22 32 43 39

17900

→ Cefice 200 →

13,50 x 4

1cp x 215

⑤ Glycan 500 →



Dr. KAI DI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tel : 05 22 32 43 29

78,70 x 1

0 - 1cp - 1cp après repas

⑦ Diamide 60 →



Dr. KAI DI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tel : 05 22 32 43 29

1cp avant M. dy

1,805,20

Dr. KAI DI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tel : 05 22 32 43 29

159,10

19,10

159,50

19,10

159,50

19,10

19,10

78,70

LOT 230852
EXP 03 25
PPV 170.00 DH
CEEICO®
Cefixime trihydraté

صيدان الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr : Siham TAMIR
N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide
Fix : 0522336822