

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0006339

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

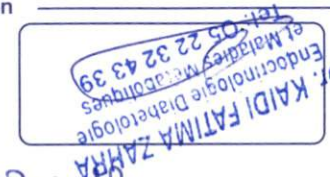
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20186 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KRIM DRIS
 Date de naissance : 10-4-59
 Adresse : 81 Rue AL JENBAR H. El Youssef Ben. el
 Tél : 0661 26 60 78 Total des frais engagés : 590 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/22
 Nom et prénom du malade : Karim Driss Age : 63 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2
 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 : Beldjia Le : 28/07/22
 Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles


- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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
28.07.22	cs	1	250 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/22	340,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

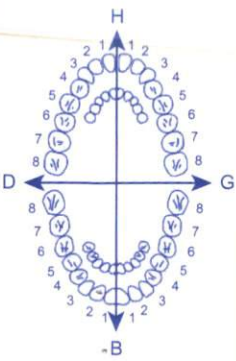
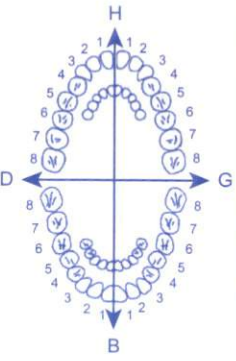
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. kaidi fatima zahra

د. قايدى فاطمة الزهراء



- Spécialiste en endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
- Diplômée de la faculté médecine, de casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn rochd casablanca

- اختصاصية بأمراض الغدد، داء السكري و أمراض الأيض
- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Ordonnance

Nom : Kaidi Zahra

Berrechid le : 28.07.22

38,00 x 3

1) Diabater 60 g



45,20 x 5 - 1 cp avant A dig

2) Glucophage 850



- 1 cp x 3 l s - après repas

340100

Dr. Kaidi Fatima Zahra
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 32 43 39

Pharmacie KHADRAGUI
صيدلية الخضراوي
Dr. Med. KHADRAGUI
142, Rue Moulay El Bachir
Berrechid - 340100

Gsm: +212 (6) 79 545 315 / Tél: +212 (5) 22 324 339/Kaidizohra6@gmail.com
333 Lot Nasrollah 1er étage N°3, Boulevard Mohamed V - Berrechid

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20

38,00

38,00

38,00

Dr. KAIDI Fatima zahra
Diabétologue et Endocrinologue
Tél : 0522 32 43 39
kaidizohra6@gmail.com

CERTEFICAT DE MALADIE DE LONGUE DUREE

Je soussignée Dr. KAIDI Fatima Zahra Endocrinologue et Diabétologue certifie
que M. K. Slim Djaiss âgé(e) de 63 ans
Consulte dans notre cabinet pour une maladie chronique (longue durée) type ;

*Diabète type1

*Dyslipidémie

*Diabète type2

*Hypothyroïdie

*Goitre opéré

*Hyperthyroïdie

*Goitre

*Insuffisance surrénalienne

*Goutte

*Retard de croissance

*Autres :

Ce certificat est délivré à l'intéressé(e) en mains propres pour servir et valoir ce
que droit.

Fait à Berrechid, Le 25-07-22

