

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10 186

Société : R-A-T

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KH. J. Y.

2011

Date de naissance : 10-4-59

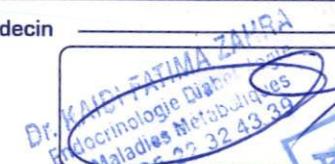
Adresse : 81 Rue EL HAFID BEN BARHOUZ El Youssfi Barhadi

Tél. : 05 26 60 78

Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/11

Nom et prénom du malade : Dr. KHALED FATIMA ZAHRA Age : 63 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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

Signature de l'adhérent(e) : Dr. KHALED FATIMA ZAHRA

Le : 09/11/11

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
05.11.22	5	+2500		Dr. KALIFATIMA Endocrinologie et Médecine et Maladie. Tel: 05 22 32 43 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie KHADRAOUI صيدلية خضراء P. Med. KHADRAOUI 642, Rue Medel Halaoui Tissir II Berrechid - Tel: 0522 32 87 30	09/11/22	723,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

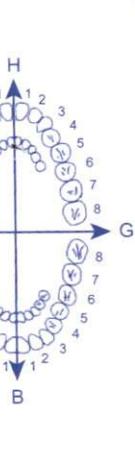
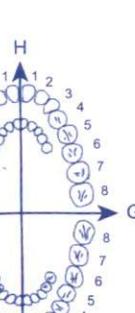
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

BELEVE 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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ B & & \end{array} $ <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. KAIIDI Fatima Zahra
 Spécialiste en Endocrinologie diabétologie
 Diplomée de la Faculté de Médecine - Casa
 Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء
 اختصاصية في علاج الغدد - داء السكري
 خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
 طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي
 ابن رشد

Ordonnance

Nom: Kessim - D. gliss

Berrechid, le: 05.01.22

38.00

6) Diabaten 60mg



1cp avant pt dig

28.00

12) Glucophage 1000 mg



1cp aprèm dig

1cp aprèm dîner

45.00

33) Glucophage 850



1cp aprèm pt dîs

23.60

1) Tropase - Sirup

Pharmacie KHADRADUI

الطب العربي

Dr. Med. KHADRADUI



23,60

38,00

28,00

38,00

38,00

28,00

45,20

38,00

28,00

38,00

28,00

45,20

38,00

28,00

45,20

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221254
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

18,00

755.539.05.19