

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° M20- 0003226

MUPRAS
RECEPTION

143784

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ISMAÏL MASSANE

Date de naissance : 01-03-1955

Adresse : N°56 LOT OUAFA DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 2669 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LOUIZI MALIKA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

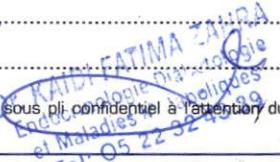
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Beni Hachim

Le : 23/12/20

Signature de l'adhérent(e) :



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
12.12.22	5		42500	Dr. KALIDIA TAHIR Endocrinologie Diabologie et Maladies Métaboliques tel: 05 22 32 43 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/22	2669,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled: D (Upper Left), G (Upper Right), H (Lower Left), and B (Lower Right). The teeth are numbered as follows: D: 8, 7, 6, 5; G: 1, 2, 3, 4; H: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; B: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The arch is oriented vertically, with the apex pointing downwards.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : Hawwigi Halika

Berrechid, le : 12/12/22

579,00

1) Tanjees Soho star

50
%

- 10 UI le soir

390,00 X 3

2) Galvus met

50
%

1000

- 1 cp apres

24,40 X 3

- 1 cp apres

dig

lundi et vendredi

3) levatlyz zon

50
%

Ta'ay

- 1 cp ce matin

29,160 X 3 pt dig

4) Dure forte 100

50
%

- 1 cp / 15j

per 50,60 X 7

- 1 cp / mois

a b fort

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebââ Casablanca

TOUJEO 300 UI, sol inj

solo b3 st

P.P.V : 579,00 DH

6 118001 082223



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg O

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg O

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg O

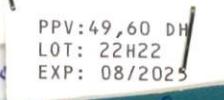
Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

PPV : 49,60 DH

LOT : 22H22

EXP : 08/2025



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg O

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

PPV : 49,60 DH

LOT : 22H22

EXP : 08/2025



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg O

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

PPV : 49,60 DH

LOT : 22H22

EXP : 08/2025



PPV : 50,60 DH

LOT F976 PER 1

PPV : 50,60 DH

LOT F978 PER 10/25

PPV : 50,60 DH

68.60

6)

heparinat

54

68.80 x 4

A marel

00

15ct

4

54

ce

هیپانات®

40 قرص

A consommer de

préférence avant fin : 06/2025

Lot n°

68,60 DH

Y152G



15ct avant

Scen Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325



Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Ain sebâ Casablanca
Amurel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Dr. KALDI FATIMA
Endocrinologie Diabète
et Maladies Métaboliques
Tel: 0522 53 32 45



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

7862160342

7862160342