

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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie
N° M21- 0019475

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079 Société : 145286
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EZZABDI FATIMA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 / 01 / 2023
 Nom et prénom du malade : EZZABDI FATIMA Age : 58 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + Sclérose + dyslipidémie
 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 : Berrechid Le : 10 / 01 / 23
 Signature de l'adhérent(e) : 10.01.23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

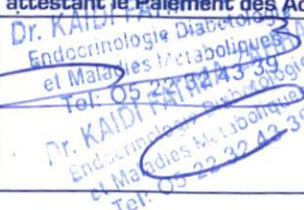
Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : 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

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
10/11/23	CS		25.04	
12/01/23	CT			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/2023	T= 497.80 T= 1029.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

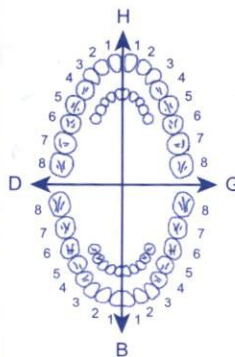
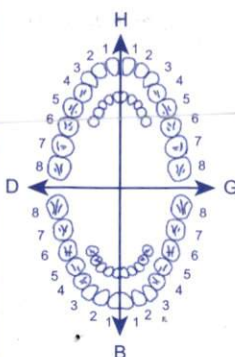
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدي فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي
ابن رشد

Ordonnance

Nom : Ezz ABDI Fatima

Berrechid, le : 12 on 23

89.20 x 3

1) Amter 5 →

48.00 x 5 1cp avant Mt

2) Nagair

(x5 Bt)

16.80 x 3 2 pul x 215

3) Lipantyl 160 →

36.20 1gcl aprs dîner

4) Stigid 700 →

1cp aprs dîner

Pharmacie AL WAHDA

Dr. IDJOUZ YADOUH Younes

Pharmacien Tél.: 0522 32 49 76

157, Bd. Brahim Roudani - Berrechid

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

UT.AV : 06 2024

P.P.V.

LOT N° : FH5062

89 20

093

AMlor 5mg
28 COMPRIMÉS

6 118000 250531

UT.AV : 06 2024

P.P.V.

LOT N° : FH5062

89 20

AMlor 5mg
28 COMPRIMÉS

6 118000 250531

UT.AV : 06 2025

P.P.V.

LOT N° : 6E2 56

89 20

AMlor 5mg
28 COMPRIMÉS

6 118000 250531

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

LOT: GA10496
PER: 09/2023
PPV: 75 DH 00

NAZAIR 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269

LOT: GA10495
PER: 09/2023
PPV: 75 DH 00

NAZAIR 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269

LOT: GA10495
PER: 09/2023
PPV: 75 DH 00

NAZAIR 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269

LOT: GA20216
PER : 02/2024
PPV: 75 DH 00

NAZAIR 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269

LOT: GA20215
PER : 02/2024
PPV: 75 DH 00

NAZAIR 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدة فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : Ezzahedi Fatma

Berrechid, le : 10.01.23

222.00

1) Augmentin 1g x 2

1 sachet x 31j par 7j.

89.50

2) Emmonex miel

1 cœ x 31j.

87.30

3) Dermofin crème

1 Appl x 1j

34.00

4) Emmonex miel

1 cœ x 31j : 2 heures après

prise médicamenteuse

75.00

5)

Carbocline

1 q x 31j : 2 heures après

prise médicamenteuse

497.80

Pharmacie AL WAHDA
Dr. IDRIS AL WAHDA Youness
Pharmacien Tél.: 0522 32 40 76
67 Bd. Brahim Roudani - Berrechid

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabétologie
Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 32 43 39

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
24 sachets



6 118000 161042

PPU: 222,00 DH
LOT: 650130
PER: 07/24

LOT 104803/FC8
PER 05/2025
PPC 79.50

ENROUEX® 200 ml



6 111255 810659

Pharmacie AL WANDA
Pharmacie T. AL WANDA
157, Bd. Brahim Roudani - Berrachid
Tél.: 0522 32 40 76

87,30

Dermofix® crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259

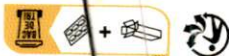
CARBOLINE CP 30

PPC : 75.00 DH

Ut Av : Lot :
01-2025 D008 P

IPHADERM

Date de fabrication / Manufacturing date



V008 - 10/21 - ETCALM49

OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



6 118000 210054

PPV
34DH00