

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10079** Société :

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 / 20**

Nom et prénom du malade : **EZZABDI FATIMA** Age : **55 ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Diabète + Sclérose + dyslipidémie**

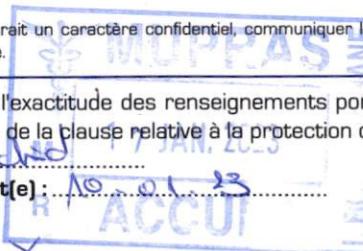
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **Bois de Boulogne** Le : **10 / 01 / 20**

Signature de l'adhérent(e) : **No. 01 23**



#### **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
10/01/23	CS		250.00	Dr. KAIDI Endocrinologie Diabète et Maladies Métaboliques Tel: 05 22 32 43 39 Dr. KAIDI Endocrinologie Diabète et Maladies Métaboliques Tel: 05 22 32 43 39
12/01/23	CT		500.00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	10/11/2023	T = 497.80 T = 1089.20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

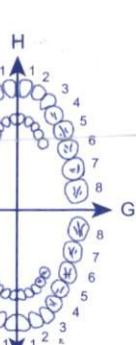
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**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

إخصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

## Ordonnance

Nom: EZZ ABDI Fatima

Berrechid, le: 12.01.23

89.20 x 3



1) Amilor 5 →

7500x5 1cp avant M dij

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 0522 32 43 39



2) Nagaine

(x 5 Bt)

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 0522 32 43 39

116.80 x 3 2 pul x 215



3) Lipantyl 160 →

36.20 1cp apm dîner

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 0522 32 43 39

4) Stagid 700 →



1cp apm dij

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 0522 32 43 39

T: 1029.20

Pharmacie AL WAHDA

Dr. IDRISS YADOUH Youness

Pharmacien Tel: 0522 32 43 76

57, 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



LOT 221664  
EXP 05 2025  
PPV 36.20

Stagid® 700 mg  
30 Comprimés sécables



6 118000 021285

UT.AV : 06 2024 P.P.V.  
LOT N° : FH5002 89 20



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

608070A  
LOT: GA10496  
PER: 09/2023  
PPV: 75 DH 00

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

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

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

6 118001 101269

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

6 118001 101269

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

6 118001 101269

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

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

6 118001 101269

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

NAZAIR® 50 µg/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. قايدی فاطمة الزهراء

اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خرسچة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

## Ordonnance

Nom : Ezzabadi Fatima

Berrechid, le : 10.01.23

222.00

1) Argentin ١ او ٢٥

Pharmacie AL WAHDA

Mr. IDRISSI RAUDANI Youness

Pharmacien Tel.: 0522 32 40 76

167, Bd. Brahim Roudani - Berrechid

49.50

1 sachet à 31g par jour

2) Environ 1ml

1 cuillère à 31g

87.30

3) Dermolin norme

1 APPA 21g

34.00

4) osmoline 1ml

1 cuillère à 31g : 2 cuillères appr.

prix indiquant

75.00

5) Lantibolin

1 cuillère à 31g : 1 cuillère appr.

prix indiquant

497.80

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinology Diabetology  
Maladie Métabolique  
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

AUGMENTIN 1 g/125 mg O  
24 sachets

6 118000 161042

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

LOT 104803/F08  
PER 05/2025  
PPC 79.50

ENROUEX® 200 ml

6 111255 810659

87,30

Dermofix® crème  
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.

6 118000 240259

Pharmacie AL WAHDA  
10, Bd. Brahim Roudani, Youness  
157, Bd. Brahim Roudani, Benachid  
Pharmaciens Tel.: 0522 32 40 76

PPV  
34DH00

OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml

6 118000 210054

CARBOLINE CP 30  
PPC : 75.00 DH

Unité : Lot :  
01-2025 D008

IPHADERM

Date de fabrication / Manufacturing date :

Day of manufacture / Date de fabrication :

525720 004499  
V008-10/21-ETCALI449  
3

