

## 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

- 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.

N° W21-711430

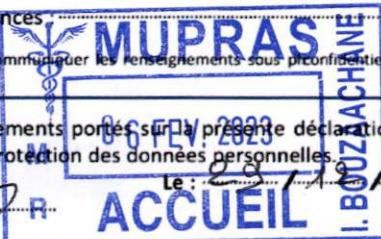
14-8180

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>1376</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RAHMAMI FATHA ép ZAHIR</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1950</b>			
Adresse : <b>16 Rue Ahmed Elyazidi lot Emeraudes</b>			
champs de course FES			
Tél. : <b>0660916970</b>	Total des frais engagés <b>21067,30</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>29.12.2022</b>
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>D.N.D</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential 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 : FES**      **Le : 29.12.2022**  
 Signature de l'adhérent(e) : 



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**



## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR SEBTEKA Kenza Champs de Mars 05 25 50	29/11/2022	€ 817,32

Digitized by srujanika@gmail.com

## **ANALYSES - RADIographies**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

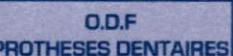
BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important :**

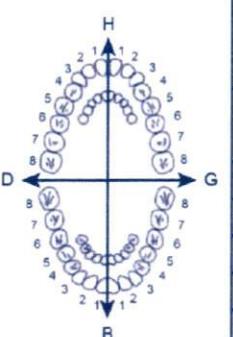
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr. Rachida BELYAZID

Diplômée de la Faculté de PARIS  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition - Obésité - Stérilité - Cholesterol  
Troubles sexuels Hormonaux

① 05 35 64 37 42

# الدكتورة رشيدة باليزيد

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض

الغدد. السكر

العقم. التغدية والبدانة(السمنة)

05 35 64 37 42 ①

Fès, le 29-12-2022 فاس، في

Mme RAHNANI

Fatiha

Glucor 100

3 mois  
S.V

1cp 3 x 1j.

9x85,30

Dure forte

49,60

11 mois.

S.V

817,30

PHARMACIE MOUATI TAJMOUATI  
DR SEBTI IKRAM  
Lot. Kenza Champs de Course - FES  
05 35 65 10 50



**SMB**



Les laboratoires ERGO MAROC

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP  
108, Rue Plieme Parent, Casablanca, Maroc.

**ERGO** maroc

Importé par :

Vitamine D3

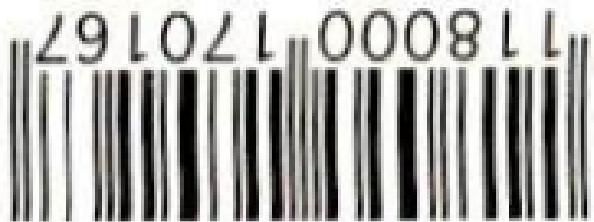
Cholecalciferol 100 000 UI

# D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

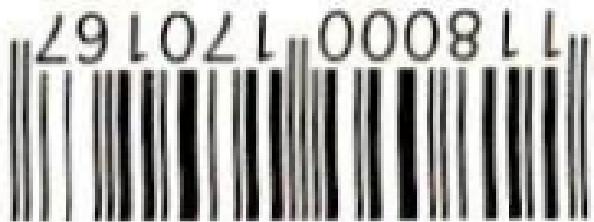
مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

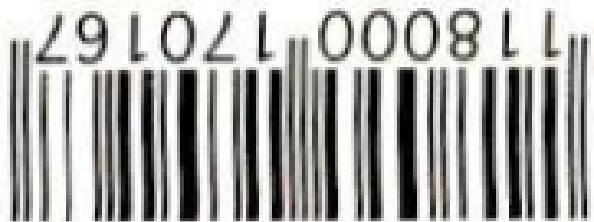
مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

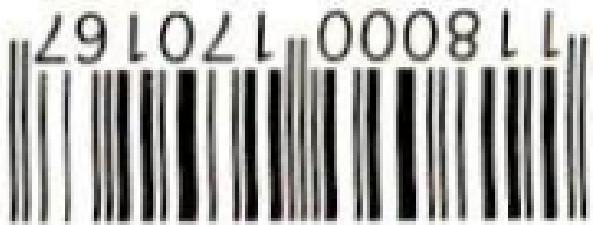
مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرص

مضاد للسكر

أكمار سوز

١٠٠  
مٌضاد لـ السكر

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH