

# 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 : 30.80 Société : R.A.M Ab6619

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BERRADIA - Mohammed

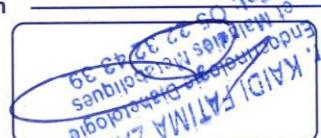
Date de naissance : 30-06-1950

Adresse : Tigzirt - Bérechim

Tél. : 05 63 26 56 72 Total des frais engagés : 334.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/23

Nom et prénom du malade : RABAI SETHA Age : 1957

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : P. diabète

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 : Berrechim Le : 18 JUIN 2023

Signature de l'adhérent(e) : +

DR. KAIIDI FATIMA ZAHRAT  
Endocrinologue  
Diabetologue

#### 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
05.06.23	5	= 2500 Dh	 Dr. ZOHRA FATTIMA	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 68, Bd. Lalla Yacoub - Berrechid - Tel. 05 22 32 85 81	09/06/23	81, 40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	25533412 00000000 00000000 00000000 35533411
	21433552 00000000 00000000 00000000 11433552

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

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow at the top points upwards, a horizontal arrow on the left points to the left, and a horizontal arrow on the right points to the right. The teeth are arranged in a standard dental arch pattern, with the upper arch having a larger gap at the second molar position.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبية داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordo

Nom :

Dr. KAIIDI FATIMA - A/H/ZA



14,50

EXP :  
LOT N° :

Amel 50  
M 11/19  
M 11/20 13x50  
DiFal 50

22/10 14  
Bayut 50

14 + 14

82,40

PHARMACIE SALIMA  
Bd. Lalla EL yacout Tissit 2  
Berrechid  
+212 522 32 85 84

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

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinolo

