

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079 Société : 171830

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Fatima Ezabdi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.68.36.68.26

Total des frais engagés : 2039,41 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 05 22 32 43 39

Date de consultation : 08/08/2013

Nom et prénom du malade : Ezzabdi Fatima

Age : 58

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 + HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : DI + HTA

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## 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
08/08/2021	13	15.	150.000	DR HAFIDH AYAD Endocrinologie Diabète et Maladies Métaboliques et Métaboliques Tel: 05 22 32 43 39

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/23	1789,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

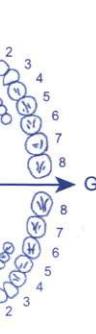
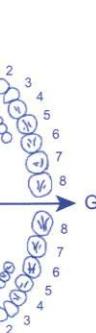
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte effectué 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411	G	21433552 00000000 B ————— 11433553
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

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

Dr. KALDI 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

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

## Ordonnance

Nom: Essabdi Fatima

Berrechid, le: 08/08/2023

- 390,00 × 3 = 1170,00  
1) Galus met 50 mg/1000 mg  
1 comprimé à midi  
 $40,00 \times 6$   
= 240,00 après repas.
- 2) Geprideng  
1 comprimé à midi aps.
- 3) Anceal 5 mg  
2 comprimés le matin
- $85,80 \times 2$   
= 171,60  
21,20
- 4) Flodom 500 mg.  
2 comprimés par J
- 5) Indopharm 250 mg  
2 supposés
- 6) Omig 10 mg  
1 comprimé le matin pd-3 h



333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrallah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid  
Tél: (+212) 522 324 339 - Gsm: (+212) 679 545 315 - Email: kaldiendocrinologue@yahoo.com

45,20

7)

Dyrostil 100 mg

44,30

Appareil

44,30  
8)

Pengaine ovule

10 ml 1 g/ml



55,10 DH

T.1789.40

Afongis 150 g

gel 500 ml

40,00

GEPRID® 2 mg

30 comprimés  
40,00

PPV 85DH80  
LOT 260282  
EXP 09/2024

**FLOXAM®**  
Flucloxacilline

PPV 85DH80  
LOT 260282  
EXP 09/2024

**FLOXAM®**  
Flucloxacilline

500 mg

16 gélules Voie orale

21,20

Indopharm® 100mg  
Boîte de 10 suppositoires

6 118000 090403

LOT : 2215  
PER : 02-26  
PPV : 42DH00

Omiz 20mg  
14 gélules

6 118000 092421

**Afongis 150**

4 Gélules  
Deva Pharmaceutique

6 118000 410164

ملغ 150

LOT : M1064  
PER : 05/2025  
PPU : 55,10 DH

REF. 05/2026  
23E07F

P.P.V : 45DH20

6 118000 011118