

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l' Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-013481

184882

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7140 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. DAHAN Rkia

Date de naissance : 30-01-60

Adresse : Villa N°5 Rue Bad AL WAKAS LOT

Regnag Berrechid

Tél. : 0661447819 Total des frais engagés : 2774 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15 / 11 / 23

Nom et prénom du malade : Daham Rkia Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA, dyslipidémie, hypertension

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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.

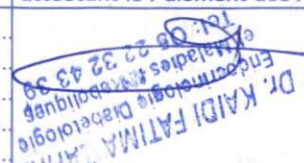
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Berrechid Le : 16 / 11 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15.11.23		5	2524,00	 D. KAÏDI FATIMA ZAHRA Endocrinologue Diabétologue 06 22 03 32 43 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Dr. IMANE ZINEB
Pharmacie le Grand Boulevard
345
05 22 03 59 59
NPE: 062105030

15.11.23 2524,00

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

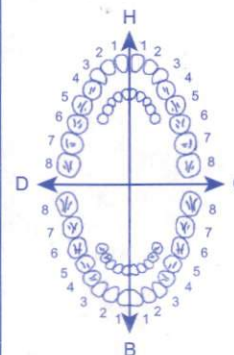
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

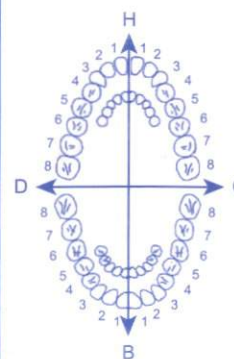
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom: Dahan A. K. A.

Berrechid, le: 15.11.23

181,20 x 4

1) Suliat 160/5 mg

1 cp avant M. dis

154,10 x 4

2) Nolip 10 mg

1 cp apr M. dis

30,70 x 4

3) Kardegic 75 mg

1 cp apr M. dis

82,10 x 4

4) Imesium 20 mg

1 gél apr M. dis

123,60 x 5

5) Imesium 40 mg

1 gél apr M. dis

Dr. IMANE ZINEB
Lot 333 Boulevard Mohamed V - Berrechid
Tél: 05 22 03 59 39
INPE: 062105036

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

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

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

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

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

24,40 x 4

6 Levothyrox 100 µg

1 p/c le matin $\frac{1}{2}$ h avant

p + dig

185,20

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

FATIMA ZAF
Endocrinologie
et Maladies Métaboliques
Tel: 22 32 43 39

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

185,20

154,00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

185,20 185,20

154,00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

154,00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

LOT: 23E007
PER: 04 2025

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

LOT: 23E005
PER: 09 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

LOT: 23E005
PER: 09 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

LOT: 23E005
PER: 09 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607