

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.

M23-013481

184882

Optique

Autre

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7140 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mrs DAHAN R. King

Date de naissance : 30-01-60

Adresse : Villa N°5 Rue Say AL WAKOOS lot

Regragg Benyamin

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : 15/11/23

Nom et prénom du malade : Daham Akia 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 : U

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) : DAHAN R. KING

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
15. 11. 2023		5	100,00	Dr. KALDI FATHIMA ZAHRA Enseignante Dès le 1er octobre 2023 Signature et date : 2023-11-15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINEB Pharmacie le Grand Boulevard 3451 N° 1035, Bouchard NPE: 062105024	15.11.23	2524,00

- ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 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		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

اختصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

Ordonnance

Nom: Daham A. Kira

Berrechid, le: 15. 11. 23

$185,20 \times 4$

1) Suliat 160 mg



$154,10 \times 4$

2) Nolip 10 mg



$30,70 \times 4$

3) Kardegec 75 mg



$82,10 \times 4$

4) Imesum 20 mg



$123,60 \times 5$

5) Imesum 40 mg



Dr. IMANE ZINEB
L1010, Lot Nasrollah, le Grand Boulevard
Tel: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036

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

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

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

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

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

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

24,40 x 4

6) levthyrox 100 µg

140 g matin 1/2 h avant

p+ dig

185,20



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

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

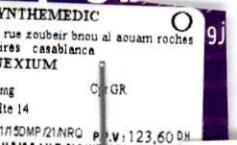
SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591



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

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



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
640/15DMP/21INRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

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

185,20

7882160342
FATIMA ZAF.
Environnement et Santé
et Maladies Rares et Quelques
Tel: 02 22 32 43 39
02 22 32 43 39



185,20

154,00

154,00

154,00

154,00

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847