

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0006109

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5104 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : 190710

Nom & Prénom : Radij Mohamed

Date de naissance : 1954

Adresse : 55 Rue Abdellah Kattabi Berrechid

Tél. : 06 54 58 76 02 Total des frais engagés : 2102,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

Date de consultation : 22/11/2013

Nom et prénom du malade : Hassan Ben Braoudia Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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 : Bellechid Le : _____ / _____ / _____

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Gâchet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.12.23	1852.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Each tooth is accompanied by a symbol representing a dental material or technique:

- Upper Arch:**
 - Tooth 1: H
 - Tooth 2: 1
 - Tooth 3: 2
 - Tooth 4: 4
 - Tooth 5: 5
 - Tooth 6: 6
 - Tooth 7: 7
 - Tooth 8: 8
- Lower Arch:**
 - Tooth 1: 1
 - Tooth 2: 2
 - Tooth 3: 3
 - Tooth 4: 4
 - Tooth 5: 5
 - Tooth 6: 6
 - Tooth 7: 7
 - Tooth 8: 8

The symbols include:

- H:** High-molecular-weight hyaluronic acid.
- 1:** Autogenous bone graft.
- 2:** Allogeneic bone graft.
- 3:** Synthetic bone graft.
- 4:** Platelet-rich plasma.
- 5:** Bone marrow aspirate concentrate.
- 6:** Stem cell therapy.
- 7:** Platelet-rich fibrin.
- 8:** Bone morphogenic protein.

[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 الغدة - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبية داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

Ordonnance

Nom: Haddou Kera Brahma Berrechid, le: 2011-12-12

106,70x4

④ Glucotest S.V

البلاستيك

مع 10 الملل 28 01 2012 PC Sacur

111,00x8

⑤ Humalog S.K

قبل الفطور

12 vi

avant dîner

قبل الفخار

14 vi

avant dîner

قبل الشفاعة

12 vi

avant dîner

⑥ Aiguilles mi longues

Dr. KAIIDI FATIMA Zahra
Endocrinologue
et Médecine des Maladies Métaboliques
Tél: (+212) 6 79 545 315 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

LOT D5807726.5
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

(5)

covestrom 10 15 mg



1852,80 dhs avant P dig

Dr. KHALED FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tel: 0524 232 43 33

LOT D5807726.3
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

SN: AL4GT5296UMH
B.NO.DY10292
EXP.02/2026
PPV: 106,70

LOT D5807726.5
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D5807726.5
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

Humalog 100 UI/mL
KwikPen™
Solutio injectable 1 stylo de 3 ml
ROTHERMA
B.P. N°: 27182 Bouakoura, Maroc
A.M.M. N°: 109/17 DMP/21/NRQr
6118001071517

Humalog 100 UI/mL
KwikPen™
Solutio injectable 1 stylo de 3 ml
ROTHERMA
B.P. N°: 27182 Bouakoura, Maroc
A.M.M. N°: 109/17 DMP/21/NRQr
6118001071517

LOT D5807726.5
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D5807726.5
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

SN: WD2NITGSCVH8
B.NO.DY10292
EXP.02/2026
PPV: 106,70

SN: U91L9KA98UK3
B.NO.DY10542
EXP.07/2026
PPV: 106,70

SN: RWCLTL0DJKIA
B.NO.DY10542
EXP.07/2026
PPV: 106,70

269,00

269,00