

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 074129

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11110 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CAARIFI CARBI
 Date de naissance : 01.01.1952
 Adresse : VILLA 16 RUA HAY ELHOUDA OLD HRIZ
 BERRECHID
 Tél. 0661139022 Total des frais engagés : 3252,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 / 12 / 23
 Nom et prénom du malade : EL FAYOUK, M. K. Age : 66 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2 + Hypertension artérielle + H.F.A.
 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 : Berrachid
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 13 / 12 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Horloge
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
13.12.2024	Consultation		2250 din	Dr. KAIRI FAHIM Endocrinologue et Maladies Tel: 05 22 32 43 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Riad Berrechid Dr : SIMON TAMIR N:1 - 2 Mosquée Riad Hayat Berrechid Fix : 0522336822	13/12/2024	3002,50

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 :

Veuillez 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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 : El Fekouki Hatika

Berrechid, le : 13 - 12 - 23

صيدلية مسجد الرياض

Pharmacie Mosque Riad

Dr : Siham TAMIR

N°1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide

Fix : 0522226272

294,00 X3

1) Coveram 10/10mg

68,80 X5

1cp avant 1^{re} din

2) Amarel 4 mg

1cp - 0 - 1/2 cp
avant Supas

399,00 X4

3) Gabours met 50/1000

13,40 X3

0 - 1cp - 1cp apr

4) levetegren 50 mg

6,80 X4

1cp le matin 1/2 h

5) levetegren 25 mg

24,40 X5

1cp le matin 1/2 h

6) levetegren 100 mg

27,50

1cp le matin 1/2 h

7) Dige 100 mg

Pharmacie Mosque Riad

T: 300298

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

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

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

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

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

1

294,00

294,00

→ 294,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

3

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

4

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH

5

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

6

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

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

7

27,50

صيد في مسجد الرياض
Pharmacie Mosquee Riad
Dr : Siham TAMIR
N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide
Fix : 0522336822