

# 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

- Reclamation : 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 : <b>8950</b>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Moestaid Hassan</b>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :		Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<b>DR. KAIIDI FATIMA ZAHRA Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques Tel: 05 22 32 43 39</b>	
Date de consultation :	<b>08/01/2014</b>	
Nom et prénom du malade :	<b>Jaghlal Jatina</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age: ..... <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Diabète</b>	
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
Pathologie : <b>Pathologie</b>		
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 : **Ben Abdellah**

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

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
08.01.24		3	45000	D. KANDI FATHIMA Endocrinologue et Médecin Tel: 05 20 30 30 30

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/04/2024	1288,20

## 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
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إخصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

## Ordonnance

Nom: Jacchera Fatma

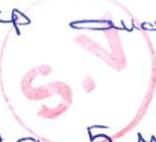
Berrechid, le 20.01.2014

4 x 68,80



1) Octo 1 mg

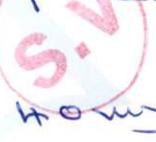
374,00 Dij avant M di



2) Trajet 5 mg

14 mg Dij

226,00



3) Ezac 10 mg

Dij

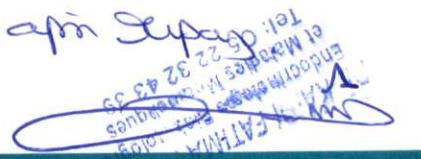
2 x 19,50 Dij apm



4) Glycam 500 mg

Dij

1288,20 14 x 2 Dij



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

**Odia® 4 mg**

Glimepride



6 118000 022183

30 Tablets

ide

30 Tablets

Oral route

PPV 68.80 DH

**ODIA® 4 mg**

30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183

LOT 230955 1

EXP 03 2026

PPV 68.80

**ODIA® 4 mg**

30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



LOT 230954 1

EXP 03 2026

PPV 68.80

piride

PPV 68.80 DH

**Odia® 4 mg**

Glimepride



30 Tablets

6 118001 040773

**TRAJENTA® 5 mg**

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

6 118001 040773

**TRAJENTA® 5 mg**

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

**ESAC® 40 mg**

ésoméprazole

28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241928

PPV : 260 DH 00

26,00

LOT 10010704/01

PER 24/26

PPV 260 DH 00

**GLYCAN 500**

50 comprimés



6 118000 180180

**GLYCAN 500**

50 comprimés



6 118000 180180

19,50

PPV 19.50 DH

LOT L1066 PER 09/21