

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

M22- 0017011

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8950 Société : \_\_\_\_\_  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom & Prénom : M. Maellait Hassan  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ 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 : 08/01/20  
 Nom et prénom du malade : Jaghoul Fatma Age: \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète - Insulino  
 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 : Berrechidj Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 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
08/01/24		3	4250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie ASMOR  
Assalam Hay ELHAY  
Tél: 05 22 84 94

08/01/2024

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

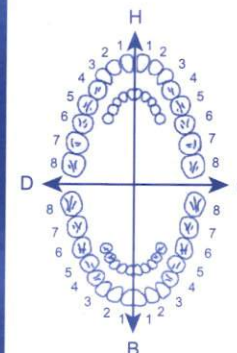
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

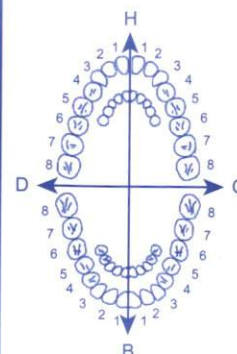
FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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 et 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 : Fatima Zahra

Berrechid, le : 05/04/24

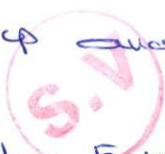
4 x 68,80

1) Octa 4 mg



374,00 1cp avant M. du

2) Trajenta 5 mg



1cp apr. du

226,00

3) Ezac 40 mg



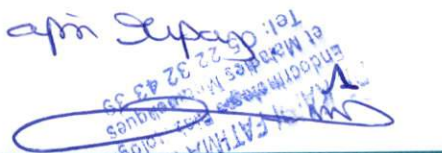
2 x 19,50

1 gel apr. du

4) Glycan 500



1288,20 1cp x 2 b



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<sup>4</sup> mg**  
Glimepiride



6 118000 022183

30 Tablets

**ODIA<sup>4</sup> mg**

30 comprimés  
AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183

**ODIA<sup>4</sup> mg**

30 comprimés  
AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183

ide

30 Tablets

Oral route

PPV 68.80 DH

LOT 230955 1

EXP 03 2026

PPV 68.80

LOT 230954 1

EXP 03 2026

PPV 68.80

30 Tablets  
Oral route  
PPV 68.80 DH

**Odia<sup>4</sup> mg**  
Glimepiride



6 118000 022183

30 Tablets

المطور  
بم القطار



6 118001 040773

**TRAJENTA<sup>5</sup> mg**  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01



6 118001 040773

**TRAJENTA<sup>5</sup> mg**  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

**ESAC<sup>40</sup> mg**  
ésoméprazole

28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241928

226,00

LOT 241928

PPV 226,00 DH

GLYCAN 500

50 comprimés



6 118000 180180

GLYCAN 500

50 comprimés



PPV 19.50 DH

LOT L1066 PER 09/2