

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2957 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Malika

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 17 Avenue ADRESE

Tél. : 067564193 Total des frais engagés : 4453,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologue et Diabetologue  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 05 22 32 43 39

Date de consultation : 06/03/2014

Nom et prénom du malade : El Hail Malika Age : 58 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 + hypertension

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 : BERRECHID

Le : 06/03/2014

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

## 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
06.03.24		3	42500	Dr. KAITIFATIMA ZAHRA Endocrinologue et Médecine et Maladies Métaboliques Tel: 0524 32 43 39

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAEAF 135 Rue Iisa Abou Mad - BERRECHID - Tél: 05 22 33 64 01	06/03/24	4203,90

## 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	MATERIAUX												
	H	G											
	<table border="1"> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D	G												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
B													
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													
CÉEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													

YISA 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 في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

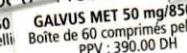
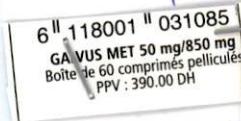
## Ordonnance

Nom: El Haili Malika

Berrechid, le: 06.03.2014

9x390,00

1) Galvus 50/850 mg



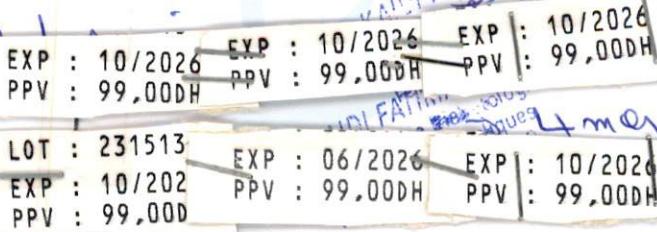
49,60 x 2



3) Dureforte 100000 mg



- Naup 1 15 jours



99,00 x 6

LDNOR



Pharmacie ALAFAC

13-5 Rue Ilia Abou Mad  
- BERRECHID -  
Tel: 05 21 38 64 01

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologue  
et Médecine des Maladies  
Tél: 05 21 32 43 39

6 mois

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

6" 118001 " 03101

GALVUS MET 50 mg/850  
Boîte de 60 comprimés pelli-  
PPV : 390.00 DH

6" 118001 " 031

GALVUS MET 50 mg/850  
Boîte de 60 comprimés pelli-  
PPV : 390.00 DH

6" 118001 " 03101

GALVUS MET 50 mg/850  
Boîte de 60 comprimés pelli-  
PPV : 390.00 DH

6" 118001 " 031

GALVUS MET 50 mg/850  
Boîte de 60 comprimés pelli-  
PPV : 390.00 DH

6" 118001 " 031085 "

GALVUS MET 50 mg/850  
Boîte de 60 comprimés pelli-  
PPV : 390.00 DH