

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 - 8ème 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

N° P19-0027553

132510

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1987 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Z. BEN ROHANE

Date de naissance : 9-5-50

Adresse : Bd de la Gde Ceinture Res. Elmenze H 3

AN 2106

Tél. : 0661 340 218 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/8/2022

Nom et prénom du malade : ELKORROH Bachir Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casablanca Le : 6/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
18/02/2022		Contrôle dentaire		

Docteur Zizi SLABE
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hospitaliers / Rue Dubreuil, Casablanca
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE : 0911290393 - ICE : 001637433000083

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/05/22	B 360 PC 1.34	510.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

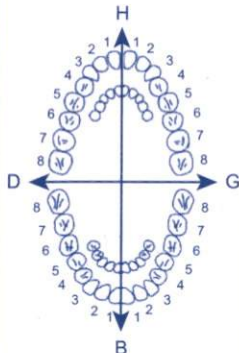
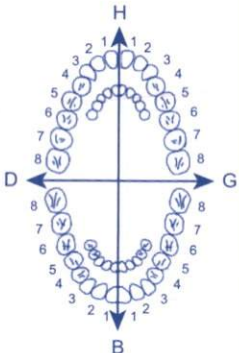
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 18 2022 : الدار البيضاء، في :

Mme EL KORTARI of Zineb
Dauchra

NFS
Feritineémie
Vitamine B12
Recherche de sang
dans tes selles

LABORATOIRE ZIZI B'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence Bourgoine
N°5 Racine Extension Bourgoine
Tél: 0522 36 87 49/54 - Casablanca

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa
Tél : 05 22 20 23 45 / 06 22 48 27 75
INPE : 001130383 - ICE : 001697433000063

0661445929

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

IF : 41404766

FACTURE N° : 220900222

CASABLANCA le 16-09-2022
Mme EL KORTOBI EP ZNIBER Bouchra

Prescripteur : SLAOUI DIOURI

Analyses effectuées le 16-09-2022

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0256	Recherche de sang par méthode colorimétrique	B60	B
	Vitamine B12	B300	B

Total des B : 360

TOTAL DOSSIER : 510.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent dix dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tel: 0522 36 87 49/54 - Casablanca



Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V

Spécialiste en Bactério - Virologie

Biochimie - Hematologie - Immunologie

Parasito - Mycologie

Date du prélèvement : 16-09-2022 à 09:26

Code patient : 1904030002

Né(e) le : 18-01-1957 (65 ans)



Mme EL KORTOBI EP ZNIBER Bouchra

Dossier N° : **2209160015**

Prescripteur : Dr SLAOUI DIOURI ZINEB

VITAMINES (Cobas e411)

Vitamine B12

(Tech: Chiminiluminescence par Cobas 410)

176.30 pg/ml

(204.00-831.00)

**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES**

Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tél 0522 36 87 49/54 - Casablanca



Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V

Spécialiste en Bacterio - Virologie 2209160015 - Mme EL KORTOBI EP ZNIBER Bouchra

Biochimie - Hematologie - Immunologie

Parasito - Mycologie

BACTERIOLOGIE

EXAMENS DES SELLES

Recheche du sang dans les selles (1er jour): Négative
(Immunochromatographie)

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES**

Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tel. 0522 36 87 49/54 - Casablanca