

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0018596

Optique 135517 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **06415**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **GOURTY LMASSANE**

Date de naissance : **01/01/1964**

Adresse : **N° 5, rue Khalil nathan**

laza

Tél. : **0676687495**

Total des frais engagés : **# 1773.104 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **27/10/2022**

Nom et prénom du malade : **Gourty LMASSANE**

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **ALC**

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 : **laza**

Le : **31/10/2022**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet attestant la signature du Médecin et la date de la signature
10.2021	Consultation	3000 HT		 Dr. ZINAH B. S. S. NUTRITIONIST, Endocrinologist 22 Avenue des Hôpitaux, 052345 ICE: 001697483000001

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	27/10/82	1473,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12-lead ECG tracing with numbered leads (1 through 12) arranged in a circle. A coordinate system is overlaid, with the horizontal axis labeled 'D' (left) and 'G' (right), and the vertical axis labeled 'H' (top) and 'B' (bottom).

(Création, remont, adjonction)

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

بالمولود

Casablanca, le :

27.10.2022

الدار البيضاء، في

18.10.2022

28.10.2022 ne GOUATI HASNA

Dynamic

18.10.2022

Le matin: dej

18.10.2022

Ronciphex 300 mg au lever 3ml

18.10.2022

Diatorazine 300 mg au lever 3ml

الصيغة النصيحة
PHARMACIE du CONSEIL
Dor. de BABA 1/4

27.10.2022

mid 3ml
soh 3ml
au milieu
du jour

Cardioclubpine

18.10.2022

3ml

NESTDA

18.10.2022

3ml

18.10.2022

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casablanca
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063

18.10.2022

3ml

18.10.2022

18.10.2022

3ml

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3^{eme} étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA

Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zineb.slaoui.diori@gmail.com - ICE : 001697433000063

