

## 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 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 |

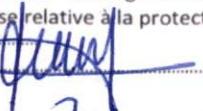
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-692924

145024

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	Société :	
1525		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZAGHROUL MOHAMMED		
Date de naissance :		
Adresse : LOTIKENEN AZARNOVN CAF		
Télé. : 0661187641	Total des frais engagés :	
Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div>		
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Age :
Docteur Zineb SI ABDI DOURI	12/01/2013	05 22 20 45 45
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :		
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Gendre <input type="checkbox"/> Bébé <input type="checkbox"/> Neveu <input type="checkbox"/> Nénette <input type="checkbox"/> Cousin <input type="checkbox"/> Cousine		
Nature de la maladie :		
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 : 06/01/2013      Signature de l'adhérent(e) :   
 Le : 16/01/2013

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
23-12-2022	Consultation	1	3000Dhs	INP : 09W30268 Docteur Zineb SLAOUD BIOURI ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE NUTRITIONNISTE 15 Rue D'abreuil, Casablanca Tél: 0524 87 17 75

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LE LAMPS	231	2904150
05/09/2005	121	
05/09/2005	22	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	35533411	11433553		00000000	00000000	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	35533411	11433553																				
	00000000	00000000																				
B																						
G																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

**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

CHAPPHACIE LAZAOOUN SARLAU  
406, Lot. Allaymoune Lissasla  
Casablanca - Tel: 05 22 90 94 94  
Intra: 3517 18 45 21 3866  
Mobile: 091130393 - 061 10089

Casablanca, le :

23 12 2022

الدار البيضاء، في

563.00 x 2 ne KADIRI

NABITA

Maphar  
Bd Alkimi N° 6, QL.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimi N° 6, QL.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 563,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimi N° 6, QL.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 563,00 DH  
6 118001 185023

45,20 x 2 metri

Glucophar 850

149,20 x 1

116,80 x 3 Bistes

2 mois

Libenthal 160

maphar  
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V : 116,80 DH  
6 118001 181636

maphar  
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V : 116,80 DH  
6 118001 181636

240,00 x 3 Seroplex

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH  
6 118001 184989

Maphar  
Bd Alkimi N° 6, QL.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH  
6 118001 184989

99,00 Doses

99,70

29,04,150

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3<sup>eme</sup> étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA

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

# Glucophage® 850 mg

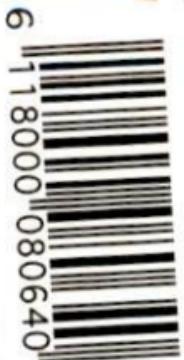
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640



60 Comprimés pelliculés

MERCK

45,20

# Glucophage® 850 mg

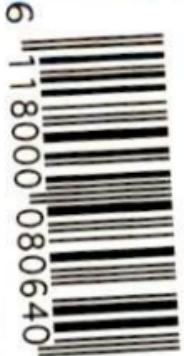
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640



60 Comprimés pelliculés

MERCK

45,20

LOT 210836  
EXP 01/2024  
PPV 99.00DH

# OEDES

oméprazole

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

gélules gastrorés



30 comprimés  
Voie orale

LOT : 14522005  
PER : 05/2027  
PPU : 99,70 DH

# LABIXTE 20 MG

Bile

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



6 118 000 230656



IBERMA

FAES FARMA