

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0055139

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société : 183998
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOUKI ZAHRA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : HOUKI ZAHRA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète - 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, communiqué 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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 06 JUIN 2023

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
2/6/2023			300	Docteur Zineb SLAOUI DIOURI ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE NUTRITIONNISTE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa Tél. 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 INPE : 891198999 - ICF : 881897439880063

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur de Pharmacie	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NEZEL EL AOUALI 199, av. D. Bourdoux - Casablanca Tél. : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 27 26 09 18	06/06/2023	635,50

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

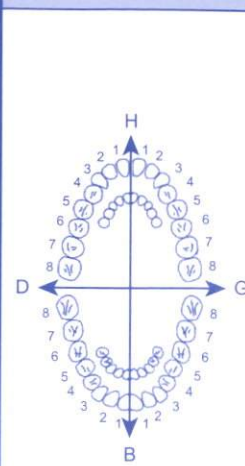
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

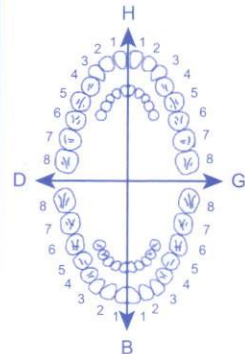
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 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

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 : 26 2023 في الدار البيضاء

T: 635,50

Ne Houria Zahra

6x13,40

Sp = L yamoni

Levothyrox 50



6x6,80

Levothyrox 25



Gmies

4x78,70 (60cp)

1x44,70 (30cp)

Sp matin



78,70 x 4 Ged

Diamicon

Gmies

Sp et 1/2 matin

12x12,90

12,90 x 12 Ged



Ipratropia 2p 500

12,90

Sp x 2p

Gmies

au milieu du repas

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

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3^{ème} 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



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

786210336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

786210336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

786210336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862103336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862103336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862103336



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160735



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160735



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160735



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160735



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160735



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160735