

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



## 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

## 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

## 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	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION  COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION	
	H	G	B		
	D	G	B		
	H	G	B		
	D	G	B		
	H	G	B		
	D	G	B		
	H	G	B		
	D	G	B		

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553
G	B

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Docteur Zinedine NURITIEN ENCL : 09138003 - INPE : 09138003	40 Angle Rue des Herbes 234510524827 Tél : 05 22 23 45 05 - ICF : 00169743300063	12/23	248 27 00169743300063	Docteur Zinedine NURITIEN ENCL : 09138003 - INPE : 09138003

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL KILAL Tél : 0522 25 96 06 - ICF : 092024251	22/09/23	4001,30 DHS

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS
	B	35533411	11433553	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				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 : 22/12/2023 الدار البيضاء، في :

M<sup>me</sup> Fattah S. H-ed



FonxiGa 10

419 x 3

125 f

1CP Martin



Glucophage .850

45,20 x 2 = 90,40

23,90 -

1CP x 2/3 Jour

au mi-lieu du repas

3 mois

Dantus Salofstan

446 x 2

1488



30.II au coucher

3 mois

Novohapid flexpen

571 x 2

1142



3 mois

Total

4001,32

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  
E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com

ZINEB SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casablanca  
Tél.: 05 22 48 27 75  
E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com  
ICE : 001697433000063

11.II Martin

12.II Saida

3 mois

avant le repas

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
**P.P.V : 419,00 DH**

6 118001 185023

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
**P.P.V : 419,00 DH**

6 118001 185023

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
\* Forxiga 10 mg cp pell b28  
**P.P.V : 419,00 DH**

6 118001 185023

**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

**P.P.V. : 744DH00**

6 118001 081615

**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

**P.P.V. : 744DH00**

6 118001 081615

8-9670-73-270-2  
**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
**PPV : 571,00 DHS**

6 118001 121304

8-9670-73-270-2  
**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
**PPV : 571,00 DHS**

6 118001 121304

# **Glucophage® 850 mg**

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



23,90

30 Comprimés pelliculés

**MERCK**

# **Glucophage® 850 mg**

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



23,90

30 Comprimés pelliculés

**MERCK**

# **Glucophage® 850 mg**

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



23,90

30 Comprimés pelliculés

**MERCK**