

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1013**

Société :

**RAM**

**VEUVE**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**HOURI ZAHRA**

Date de naissance :

**01/01/1959**

Adresse :

**16 Lotissement LAALLAT, Rue 01, Etage 03,  
Bourgogne, Casablanca**

Tél. : **0673 073100**

Total des frais engagés : **871, 90**

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**25/11/2018**

Nom et prénom du malade : **Houri Zahra** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Diabète**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

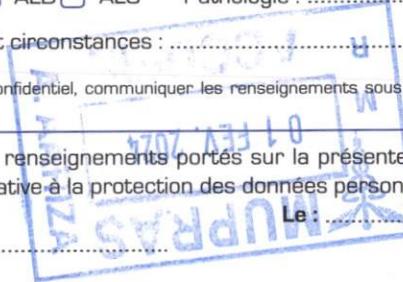
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



**Déclaration de Maladie**

**M22- 0055137**

**193118**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
25/11/2024			300 DT	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nozha El Aoud Avenue 2015 186 Avenue Hassan II - Casablanca Tel: 05 22 49 71 12 - Fax: 05 22 28 19 18.	25/01/24	571,90

092010982

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				DATE DU DEVIS
FIN D'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D 00000000 00000000 G	
	35533411 11433553	
	B	
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

78,70  
78,70  
78,70

Casablanca, le : ..... 25/01/2024 ..... الدار البيضاء، في :

**Mme Houria elyamani zahra**

78,70 x 3

0 DIAMICRON 60 MG

25,70 x 6 1CP ET DEMI LE MATIN A JEUN

3 MOIS

0 IPRADIA LP 1000

73,40 x 3 1CP MATIN ET 1CP LE SOIR AU MILIEU DU REPAS 3MOIS

0 LEVOTHYROX 50

6,80 x 3 1CP LE MATIN A JEUN

3 MOIS

0 LEVOTHYROX 25

6,10 x 1 1CP LE MATIN A JEUN

3 MOIS

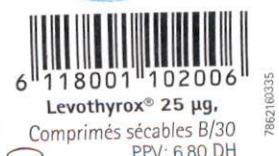
0 RANCIPHEX 20

60,70 x 1 1 CP AU COUCHER

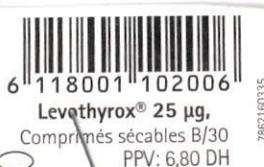


0 EPYCA 50

1CP LE SOIR



571,90



250H10



250H10



250H10



PPV: 64 DH 50

**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 : 091130303 ICE : 001697433000063

