

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## étique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1863

Société : RAM (58988)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mamar Mohammed

Date de naissance :

01/06/47

Adresse :

Rue 144 N° 108 Ain Chokh  
CAGA

Tél. : 0664330358

Total des frais engagés : 10000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/01/2021

Nom et prénom du malade :

Mamar

Age : 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Mamar

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 : CAGA

Le : 25/01/21

Signature de l'adhérent(e) : Mamar

### 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
25/01/2021	Actes	S 30000	091130352	Docteur LILIANE DIOUF INDOCINELOGUE LABELOGUE NUTRITIONISTE Angle Rue des Hôpitaux et Rue Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ASSOUR 20 PASSOEUR ESC 12, EG. APPL 11, GR2 DULFA, CASABLANCA TEL: 0522 93 17 94	25/01/2021	4189,98

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(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

الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca

Sur Rendez-vous

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil

et Rue Dubreuil - Casablanca

Tel : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

Casablanca, le :



25 - 1 - 2022

الدار البيضاء، في:

8730 112 NABAR Meel

DermeSis même



Midan 30 47

28 II matin 4h

2011 Soh 4h

awam 9h

$$23,30 \times 6 = 143,40$$

3 mois

Glucophage



850

12g x 21

au milieu  
du repas

matin

Soh

$$28,80 \times 9 = 259,20$$

3 mois

vitamix



3h

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA  
Tel.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063



PPV  
LOT  
PER

87,30

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,80

