

# 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.

## Prothèse :

- 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

- déclaration : contact@mupras.com
- prise en charge : pec@mupras.com
- adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006171

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2592

Société : R.A.M

79069

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRANI Idrissi SAÏD

Date de naissance : 3/10/1958

Adresse : AIN CHOUA - CASA

Tél. : 0661915355

Total des frais engagés : 300 1538,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/5/2024

Nom et prénom du malade : AMRANI Idrissi SAÏD

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casa

Le : 05/06/24

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
24-5-2021		9	300011	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL TIHANA Issal CH2 19 Mediouna	27/05/2021	538,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

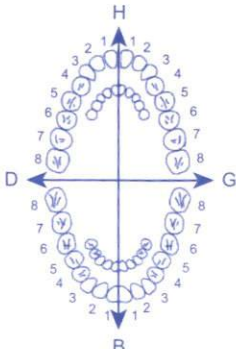
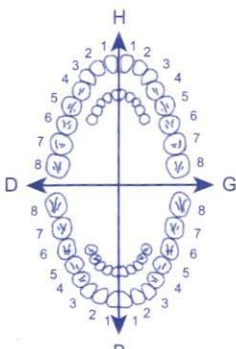
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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'E



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 : 24.5.2022 في الدار البيضاء،

DR Ameloni TDRissi

Sau

D-Stress



PHARMACIE ATTIANA  
Issal GH2 n9 Mediouna

2cp x 3/par jours

108.00 x 2

OSTEONOR



2cp après pt Djeuner

17.10 x 6

2 mois

Metformin 850



2cp matin 3mois

2cp soir

1cp au milieu  
du repas

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél : 05 22 28 23 45 / 05 22 48 27 75  
INFE : 05 130393 - ICE : 001697433000063



Osteocare 30 CP  
PVC : 108.65 DH  
Ut Av : 31/08/2024 Lot : 247768A  
Iphabiotics  
5 021265 244683 >

MAINTENIR DANS U  
À L'ABRI DE LA VUE OU

MAINTENIR DANS UN E  
À L'ABRI DE LA VUE OU DE

Osteocare 30 CP  
PVC : 108.65 DH  
Ut Av : 31/08/2024 Lot : 247768A  
Iphabiotics  
5 021265 244683 >

**Lot:** DS03/21  
03/2024  
**DLC:**  
**P.P.C : 109,00 DH**

**Lot:** DS03/21  
03/2024  
**DLC:**  
**P.P.C : 109,00 DH**

LOT : 20E020  
PER.: 11 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E020  
PER.: 11 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E020  
PER.: 11 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E020  
PER.: 11 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E017  
PER.: 11 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134