

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-772442

139031

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 5048		Société : RAAI.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : LEBBAR Amin.
Nom & Prénom : LEBBAR Amin.		
Date de naissance : 03/01/64.		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : 29 NOV. 2022 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Docteur Zines SLAOUD BIACHE NUTRI-NONISTERE ENDOCECTOLOGIE 44, 100, Rue des Hôpitaux et Rue Jules Ferry 22 20 45 05 22 46 21 35 Tel: 05 22 20 23 45 - IGF : 091047433000083 29 NOV. 2022		
Date de consultation : 21 NOV. 2022		
Nom et prénom du malade : LEBBAR Amin. Age: 59		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : 21 NOV. 2022

Signature de l'adhérent(e) : Colmi

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-772442
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Mupras 29 NOV. 2022	
Matricule : 139031	
Nom de l'adhérent(e) : 139031	
Total des frais engagés : 1352	
Date de dépôt :	

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
05.11.2021	Consultation			INP : 15521

Doctor Zinab SLIM
NUTRITIONISTE
Rue des Hopitaux et Rue Dubaï 27/75
Casablanca 20245 / 05 22 48 27 75
Tél: 0168743300088

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Maphar Bd Alkamilia N° 6, QI. Sidi Bernoussi, Casablanca Forxiga 10 mg cp pell b28 P.P.V : 419,00 DH
PHARMACIE SOU ALIMA YOUSRA LAHBABI LAHLOU Rés «Les Jardins de California» Bd. de Fes Imm.1 California Casa. Tel: 05.22.21.92.94	15521	6 118001 185023

ANALYSES - RADIODIAGNOSTIQUE

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation	Montant détaillé des Honoraires
		Maphar Bd Alkamilia N° 6, QI. Sidi Bernoussi, Casablanca Forxiga 10 mg cp pell b28 P.P.V : 419,00 DH	6 118001 185023
		maphar ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30 P.P.V : 116,80 DH	6 118001 181636

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

LP إپراديا ميتفورمين هيدروكلوريد 12.90 26.10.

VOLE * Il est é

LP لـ ٢٠٢١

é p de tous

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :
Valeur 100 ملخ زيلوريك ®
أليبورينول ®

100 قرضا عن طريق الفم

LOT 200911 EXP 04 2024 PPV 46.70 DH

100 قرضا عن طريق الفم

LOT 212952 EXP 11 2025 PPV 46.70 DH

D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H 25533412 | 21433552

100 ملخ زيلوريك ®
أليبورينول ®

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 :

24.11.2022

الدار البيضاء، في

MR LEBBAR Amine

Faxiga 10mg

$$419 \times 3 = 1257$$

Ipradiol P

$$12.90 + 26.10 =$$

39.00

SV

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHOU
Rés «Les Jardins de California 2»
Bd. de Fes Imm. 1 California
Casab. Tel: 05.22.21.98.94

1 cp matin à jeun

SV

2 mois

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

1 cp à midi au

milieu du repas

SV

Zyflonic 100

$$46.70 \times 3 = 140.10$$

3 mois

1 cp le soir

3 mois

SV

116.80

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

1 cp le soir 1 j/2

3 mois