

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-654140

11/05/62

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>2364</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RAFI Abdellatif</b>			
Date de naissance : <b>11/02/1952</b>			
Adresse : <b>2. Rés. FEEDAOUS Av. Abdellah Ben Abdellah casa</b>			
Tél. : <b>0661313022</b>	Total des frais engagés :	<b>593,15 Dhs</b>	

Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019

Cadre réservé au Médecin	<b>DR LAMNIJI Meryem</b> Médecin Nutritioniste Diététologue 39 Bd Sidi El Hachemi 3ème Etage N°7 Val Fleuri Casablanca Tél. 05 22 25 87 48 INPE 091237230
Cachet du médecin	<b>12/11/2022</b>
Date de consultation :	<b>12/11/2022</b>
Nom et prénom du malade	<b>Rafi Abdellatif</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie	<b>Diabète Type 2</b>
Age:	<b>60 ans</b>
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 : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
07.11.2022	C.S.		250DH	INP : 091237430 Dr LAMNIJI Meryem Médecin Nutritionniste Diabétologue N° 7 Bd Stendhal Sétif Etage N° 7 Val Fleuri - Casablanca Tél. 05 29 25 87 43 INPE 091237230

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
of. M. 22	363.10	

#### **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
	$\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]

# Docteur Meryem LAMNIJI

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancienne interne des hôpitaux de Casablanca  
Diplômée de l'académie supérieure de nutrition et de médecines holistiques de l'Ontario - Canada

# الدكتورة مريم لمنجي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
داخلية سابقة بمستشفيات الدار البيضاء  
خريجة الأكاديمية العليا للتغذية والطب الشمولي بكندا

Diabète

Nutrition clinique - Micronutrition

Surpoids - Obésité - Amincissement

Nutrition de l'enfant

Nutrition de la femme enceinte



مرض السكري

التغذية - التغذية الدقيقة

زيادة الوزن - السمنة - التخسيس

تغذية الطفل والمرأة الحامل

Casablanca, le 07/11/2022

Dr. RAFI Abdellatif

20.80

Alucophage 500



20.80

le sein après Repas x 3 mois

Crestor 5 mg.



Maphar  
Bd Alkimiia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimiia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

114,10 dh par 1 j le sein après Repas x 3 mois.  
x 3

✓  
r = 363,10

Dr LAMNIJI Mervem  
Médecin Nutritionniste Diabétologue  
89 Bd Stendhal 3ème Etage N° 7  
Val Fleur Casablanca  
Tel: 05 22 25 87 48  
INPE 091237230

6 118001 183104

P.P.V : 114,10 DH

Maphar 5mg cp pell b30

Sidi Bernoussi, Casablanca

Bd Alkimiia N° 6, Ql.

Tél : 0522 25 87 48

89. BVD Stendhal. Apt 7 3ème étage. Val Fleur - Casablanca

89. شارع سطندا. رقم 7 الطابق 3. فال فلوري. الدار البيضاء

E-mail : cabinetlamniji@gmail.com