

# 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.

Maladie

Dentaire

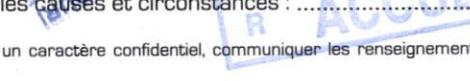
Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |  |  |         |
|--------------------------------|--|--|---------|
| Matricule :                    | 1987   | Société :  | RAD     |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                   | A 65 20 |
| Nom & Prénom :                 |  | ZNIBÉN DaHAm-d                                     |         |
| Date de naissance :            |  | 9-1-70   |         |
| Adresse :                      |  | B.n de la Cd de Centra 025 El mera 20H3<br>An Riad |         |
| Tél. :                         |  | 06.61.31.0218 Total des frais engagés..... Dhs     |         |

## Cadre réservé au Médecin

|   |  |                                   |                                 |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin :   | <br><br><br><br> |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 28   | 3                                 | 2023                            |
| Nom et prénom du malade :   | El Rabi Bouchach   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Angine   |                                   |                                 |
| 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :




#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| <br>Practice Onyx<br>Note<br>101 Lot Salai<br>Gillian Lot Salai<br>Casablanca<br>2901 37 | 28/3/23 | 353,56                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE 2121 D'ANALYSE MEDICALE<br>Avenue du Prince Moulay Abdellah<br>N° 85, Extension Bourguigie<br>Tel: 0522 30 67 49/54 - Casablanca | 05/04/23 | 1300 APC<br>1,34             | 120,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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'ODP.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|------------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
|                              |  |                  |             | Coefficient des travaux |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                              |  |                  |             | Montants des soins      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                              |  |                  |             | Début d'exécution       |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                              |  |                  |             | Fin d'exécution         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             |                         | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H                            | 25533412   | 21433552         |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| D                            | 00000000   | 00000000         |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| B                            | 00000000   | 00000000         |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| G                            | 35533411   | 11433553         |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                              |  |                  |             | Coefficient des travaux |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                              |  |                  |             | Montants des soins      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                              |  |                  |             | Date du devis           |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                              |  |                  |             | Date de l'exécution     |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |

**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 :

22/3/2023 الدار البيضاء، في

2x131.50 Dhs 11me EL KAROBI Casablanca

TAREG

80 mg  
28 comprimés pelliculés



89,50

Lixitox

6

75 gélules

2 mois



Pollen vita force

Tot = 352,50

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

14 matin

PHAR  
MICE ON  
LÉ, 05 22 79 87 37  
Bd. Sidi Driss  
Rue des Hôpitaux  
Casablanca  
Lé, 05 22 79 87 37  
Bd. Sidi Driss  
Rue des Hôpitaux  
Casablanca

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3<sup>eme</sup> étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA

Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous

**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

اجتصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب، بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

N<sup>o</sup>me EL KORTORI  
Bouchra

- mme EL KORTORI

sur mme EL

matin

Rapport albuminie

LABORATOIRE ZINNEB SLAOUI  
MÉDICALES  
Avenue du Prince Résidence KELLIA  
N° 5 Racine Extension Bourgogne  
Tél: 0522 36 87 49/64 - Casablanca

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

## Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V

Spécialiste en Bacterio - Virologie

Biochimie - Hematologie - Immunologie

Parasito - Mycologie

Date du prélèvement : 05-04-2023 à 11:56

Code patient : 1904030002

Né(e) le : 18-01-1957 (66 ans)



Mme EL KORTOBI EP ZNIBER Bouchra

Dossier N° : 2304050050

Prescripteur : Dr SLAOUI DIOURI ZINEB

## BIOCHIMIE URINAIRE

Albumine sur échantillon : 0.017 g/l

Créatinine sur Echantillon 0.65 g/l

Rapport Albumine / créatinurie 0.026

Microalbuminurie sur Echantillon 19.00 mg/l

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRES ZIZI D'ANALYSES  
MÉDICALES  
Avenue du Phare Résidence KENZ  
N°5 Racine Extension Bourgogne  
Tél: 0522 36 87 49/54 - Casablanca

**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES**

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

IF : 41404766

**FACTURE N° : 230400034**

CASABLANCA le 05-04-2023

Mme EL KORTOBI EP ZNIBER Bouchra

Prescripteur : SLAOUI DIOURI

Analyses effectuées le 05-04-2023

**Récapitulatif des analyses**

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i>                 | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|--------------------------------|------------|--------------|
|           | Créatinine sur Echantillon     | B30        | B            |
|           | Rapport Albumine / créatinurie | B60        | B            |

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 120.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Avenue du Phare Résidence KENZ  
N° 5 Racine extension Bourgogne  
Tél: 0522 368749/54 - Casablanca