

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC
 Actif Pensionné(e) Autre : 17 2006
Nom & Prénom : ZOUAFI MOHAMED
Date de naissance : 31/12/1955
Adresse : CITE EL HANK - 3mn 1 - Appt. 17
CASABLANCA
Tél. : 06 61 76 92 33 Total des frais engagés : 310,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Xavier MEON
Médecine Générale
24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza
Casablanca - Tel : 0522 96 10 87

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12/08/2023
Nom et prénom du malade : SAHIB EDDINE FADILA Age : 66 ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Geste de gestante / hypertension
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
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 : CASABLANCA

Le : 15/8/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/08/93 Consultation			# 170,00 DH	

147,000
Dr. Xavier MEON
Médecine Générale
El ANSARI - El BOUAZZI
12 86 10 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BAHI DALILA PHARMACIE TAMARIS CARMERE BEN ABID Tél. 00 22 83 70 04	15/8/23	90,60 DHS
IHP N° 0039033466		

RECENT RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire Dr Bonelli</i>	14/08/23	B30+plat	50 DHs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

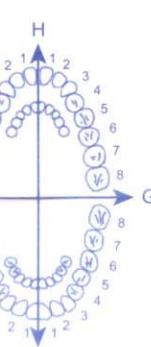
O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr Xavier MEON

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux



الدكتور كزافي ميون
طب عام
خريج كلية الطب ببوردو

Mme SAHIB EDDINE Fadila

Ordonnance

13,40



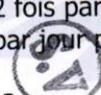
COLCHICINE OPOCALCIUM 1 MG, Comprimé :

1 cp 3 fois le premier jour

puis 1 cp 2 fois par jour pendant 3 jours

puis 1 cp par jour pendant 10 jours

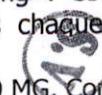
30,60



IMODIUM 2 mg : SI DIARRHEE

1 gél. après chaque selle liquide

46,70



ZYLORIC 100 MG, Comprimé :

1 cp par jour pendant 3 mois

Total = 90,60 DH

D.R.
CHARHI
TERRACHE DIA
ZYLORIC 100 MG
ANSARI

LOT:10/22/2013
PER:10/2027

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V:30DH50

6 118000 010845

Colchicine 1mg

OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



13,40

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT
SOTHEMA BIJUSKOURA Remboursable AM



LOT 230308
EXP 01 2027
PPV 46.70 DH

Docteur Xavier MEON

Dr. Xavier MEON
Médecine Générale

24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

Dr Xavier MEON

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux



الدكتور كزافي ميون

طب عام

خريج كلية الطب ببوردو

Mme SAHIB EDDINE Fadila

Ordonnance

CASABLANCA, le :

1L/08/2023

Merci de réaliser :

Acide urique

Docteur Xavier MEON

Dr. Xavier MEON
Médecine Générale

24. Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87.

Facture

Nº facture : 2023-4651

Édité le : 15/08/2023 12:30:31

Patient : Mme SAHIB EDDINE Fadila

Date prélèvement : 14/08/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
Acide Urique 1	30	40,20
Total B	30	40,20
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		15,20
Total		50,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinquante dirhams***

CASABLANCA
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza
Bab Chellah - Casablanca



Casablanca, le 14/08/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 140823-015 Pvt du: 14/08/2023 11:01

Nom : Mme SAHIB EDDINE Fadila

Page : 1/1

BIOCHIMIE

	Valeurs Usuelles	Antériorité
Acide Urique 1	99,17 mg/l	(26 - 60)

(Technique : Photométrique enzymatique)

Résultat contrôlé

Dar  ouazza

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza
N° 231 lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA

Dr. BAHRI Leyla