

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

- 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'Asphalte Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0005797

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000313 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL OUAIFI ZAHIA Date de naissance : 01/01/1965

Adresse : Brine l'omar kame Rue 16 2-16

Tél. : 0522211798 Total des frais engagés : 467,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/07/2023



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
06/07/23		150		Dr. M. BAILDUR

EXECUTION DES ORDONNANCES

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

Cachet et signature du Laboratoire et du Pathologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. A. VAN DER BORCH 39, rue de la Paix Tel. 22.12.12	03-07-23	215	15000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-16) and a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, and the horizontal axis is labeled 'D' on the left. The teeth are numbered as follows: Top row: 1, 2, 1, 2. Middle row: 3, 4, 3, 4. Bottom row: 5, 6, 5, 6. Bottom row: 7, 8, 7, 8. Bottom row: 8, 9, 8, 9. Bottom row: 7, 6, 7, 6. Bottom row: 6, 5, 6, 5. Bottom row: 5, 4, 5, 4. Bottom row: 4, 3, 4, 3. Bottom row: 3, 2, 3, 2. The origin of the coordinate system is at the center of the arch.

[Création, remont, adjonction]

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP : 815667 N° SEJOUR : 230027638

FACTURE N° 2303010883

DATE D'ENTREE : 03/07/2023 DATE DE SORTIE : 03/07/2023

ASSURE :

MALADE : EL OUAFI, Zohra

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

DESTINATAIRE :

EL OUAFI, Zohra

BINE LAMDOUNE RUE 46 NO 16 CASA

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46087 DR KCHIOUCHA OUAFAE TOTAUX : 150.00 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00 ACOMPTE :

RESTE DU : 0.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 03/07/2023 EDITEE LE : 03/07/2023 PAR: KAABAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

BANQUE : BMCE - INARA

N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 03/07/23

NOM & PRENOM : EL OUAFI ZOHRA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX MAIN G F/3/4

- Absence de lésion traumatique visible.
- Intégrité des interlignes articulaires

DR:



وصفة
ORDONNANCE

le 03.07.23

eCollage Bohne

Rx Mc gel F + 31x



Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

وصفة

ORDONNANCE

0000964595 2 01/01/1950
EL OUAFI
ZOHRA P100 06/07/2023
123003230
CHR.GLE & VISCERALE
SALLE LIT

le 06/27/25

Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

6 749976 877431

Lot N° :

Per :

ppc :

Extrait Actif de Propolis

LABINDUS
SANTÉ AU NATUREL
Laboratoires LABINDUS
Distribué par PHARMASOFT
60, Zone industrielle Ain Chkef 30000 FES
Tel. : 0535603388 Fax : 0535603918
B.P. : 5751 Fes - MAROC
Site web : www.pharmasoftlab.ma

OROPROPOLIS

SPRAY BUCCAL
Oral Spray

LOT : 269 / PER : 03/2026
PPC : 55.10 DHS

OROPROPOLIS



OROPROPOLIS



OROPROPOLIS

OROPROPOLIS

Indications :

- * Favorise la cicatrisation de la muqueuse bucco-gingivale.
- * Ulcérations de la cavité buccale.

Mode d'emploi :

- * Diriger l'embout vers la zone à traiter et exercer une pression franche.
- * Renouveler l'opération avant chaque repas 4 à 5 fois par jour.

Avertissement et contre indication :

- * Eviter tout contact avec les yeux.
- * Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conditions de stockage :

- * A conserver à une température ambiante.

Ingédients :

ALCOHOL, AQUA, PROPOLIS EXTRACT, EUCALYPTUS GLOBULUS LEAF OIL, EUGENIA CARYOPHYLLUS BUD OIL, CINNAMOMUM ZEYLANICUM BARK OIL

15ml



Uses :

- * Promote to cicatrization of the gingival mucosa.
- * Ulceration of the oral cavity.

Application :

- * Direct on the zone to treat, and exert a pressure.
- * Apply before each meal 4 or 5 times per a day.

Warnings and contraindication :

- * Avoid contact with eyes.
- * Don't leave within the reach of children.

IMPRIMEPEL
05/22

9



OROPROPOLIS



**BAUME
BUCCO-GINGIVAL**

Nourrissons - Enfants - Adultes

LOT : 347 / PER : 05/2025
PPC : 59.70 DHS

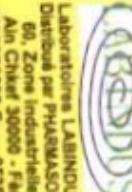
OROPROPOLIS

BAUME BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes

Laboratoires LABINDUS
Distribué par PHARMASOFT
60, Zone Industrielle
Ain Chaf 30000 - Fès
Tel : 0535003388 Fax : 0535003918
BP : 5761 Fès - MAROC

Site web : www.pharmasoftlab.ma



3 529976 877104

05B-0414

Lot N° :
Per :

Nourrissons - Enfants - Adolescents

BAUME BUCCO-GINGIVAL

ORO PROPOLIS



OROPROPOLIS

OROPROPOLIS

Indications :

- * Irritation de la muqueuse bucco-gingival.
- * Agressions dues aux prothèses dentaires.
- * Eruption dentaire du nourrisson et du petit enfant.
- * Hygiène de la cavité buccale.

Mode d'emploi :

Appliquer une noisette de baume sur un doigt propre et masser les gencives, jusqu'à pénétration complète. Renouveler l'opération aussi souvent que nécessaire.

Ingédients :

GLYCERIN, AQUA, MEL, SORBITOL, PROPYLENE GLYCOL, PROPOLIS EXTRACT, PECTIN, XANTHAN GUM, SILICA, AROMA.

Restriction d'utilisation :

Sujet allergique au miel et aux pollens.

20g



ORO PROPOLIS
GINGIVAL BALM

Babies - Children - Adults

Indications :

- Irritations of the bucco-gingival mucous membrane.
- Dental eruption of the nourslng.
- Aggressions to the dental protheses.

Application :

With a clean finger, apply a small Oropropolis portion balm and massage the gums, as often as necessary.

Contraindication :

Persons allergic to honey and pollens.

IMPRIMEPEL
02/21