

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	05/10/2014	Age :	33 ans
Nom et prénom du malade :	Najat Khadija		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lumière	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection cardiaque		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/23	INDE	100143115	340.80	Dr ZOURGANE MAMADOU MEDECIN GENERALISTE AV. ABDERRAHMANE FARAH - 1er étage - CASA Télé: 0527103804

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABDERRAHMANE FARAH DOCTEUR DRIZZI	05/10/23	340.80
	05/10/23	109.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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 DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
		00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
	D			MONTANTS DES SOINS	
	G				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Canesten® Extra
15 g de crème



6 1118000 170228

ENROUEX®
10 comprimés à sucer

6 111255 810208

ORDONNANCE

Dr ZOURGANNE Fatima, Le : 14/10/23
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdellah Senhaji, C Nom EL AADNI
Hay El Furah - 1er étage Age : A 21-2
Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.36

1 no propolis pashlik

45.80 eau menthe pashlik S.V.

1 pashlik en flacon 3fl

64.00 109.80 Creme sur le be

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdellah Senhaji - CASA
Hay El Farah - 1er étage
Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.36

Cachet

Date de prochaine visite:



4980

Flegyl
ICP
Neofortan
Mycod

9880

Dr ZOURGANNE FAHIMA
 MEDECINE GENERALE - CASA
 345, AV. EL FARAH 15
 Tél.: 0522.81.15.02
 Fax: 0522.18.82.10.33.64



FLAGYL 500 mg

CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



LOT: 28E009
PER: 01/2009

O

مساءات المسالدة - انسال - 21 نهج دار الصداقة - الدار البيضاء - المغرب



PPV 98DH80
EXP 07/2026
LOT 330228

NEOFORTAN®
160 mg



MYCOD
LOT: 08023021
PER: 02/2028
PPV: 36,70 DH
Topique
Tube de 40 g
MCODERME® 1% CRÈME



LOT: 08122027
PER: 12/2024
PPV: 38,00 DH



Dr ZOURGANNE Fatima

MÉDECINE GENERALE

Certificat de Planification Familiale
(D I U)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail

Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji

Hay El Farah - 1er Etage

Tél : 05 22 81 15 02

Casablanca

الدكتور زرگان فالصمة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة

(تركيب اللولب)

الطنبيبة الرئيسية ساقها للمركز

الصحي ابن طفيل

طبية معتمدة لتسليم رخصة السياقة

345، شارع عبد الله الصنهاجي

حي الفرج - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء

Casablanca, le

Ave EL FASOUF Khaouf ep A2P2

7950



3800 X2

NY code en N2

3670 31

NY code en N2

J-7 8W