

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0018461

179255

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 190 Société : ...

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ...

Nom & Prénom : ...

Date de naissance : ...

Adresse : ...

Tél. : ... Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2019

Nom et prénom du malade : ...

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : ... Le : ...

Signature de l'adhérent(e) : ...

Autorisation CNDP N° : A-A 215 / 2019

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/23	340.80
	11/10/23	109.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

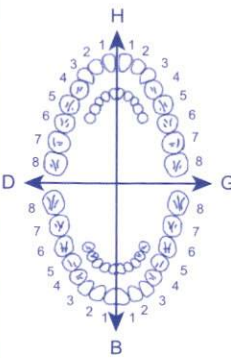
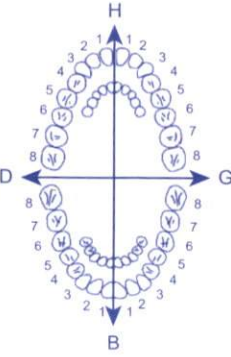
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Canesten® Extra
15 g de crème



6 118000 170228

ENROUEX®
10 comprimés à sucer



6 111255 810208

ORDONNANCE

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE

345, Av. Abdellah Senhaji - CASA

Hay El Farah - 1^{er} étage

Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.64

Le :

Nom :

Age :

14/10/23
El Aouadi
Khadija Ep-A-27-2

1) no propo de pastille

45.80 en 11 nouvelles pastilles

1 pastille à l'insu de 3h

64.00 2) Crémaster de 1h

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE

345, Av. Abdellah Senhaji - CASA

Hay El Farah - 1^{er} étage

Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.64

Cachet

Date de prochaine visite:

109.80



4980

4/

Flaxyl

9880

ref c...
New

34080

ref c...
New

Dr ZOURGANNE Fatima
345, Av. Abdellah
MEDECINE GENERALE - CASABLANCA
Tél.: 0522.81.15.12 / 0522.10.33.64



FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
LOT : 23E009
PER: 01/2028

NEOFORTAN
10 comprimés 160 mg
6 118000 03165

MYCOD
LOT: 08023021
PER: 02/2028
PPU: 36,70 DH
Topique
MYCODERME 1% CREME
Tube de 40 g

NEOFORTAN 160 mg
PPV: 8DH80
EXP: 07/2026
LOT: 330228

LOT: 08122027
PER: 12/2024
PPU: 38,00 DH
243/16 DMP/21/NRO
LOT: 08122027
PER: 12/2024
PPU: 38,00 DH

Dr ZOURGANNE Fatima

MÉDECINE GÉNÉRALE
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 زركان فالحة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة

(تركيب اللولب)

الطبيبة الرئيسية سابقا للمركز

الصحي ابن طفيل

طبيبة معتمدة لتسليم رخصة السياقة

345, شارع عبد الله الصنهاجي

حي الفرح - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء

Casablanca, le.....

05/10/2023
Dr ZOURGANNE Fatima
345, Av. Abdellah Senhaji
Hay El Farah - 1er Etage
Tél : 05 22 81 15 02
Casablanca

7950

1/ Lantholase

3800 x2

2/ Lantholase

3/ Lantholase

1/ Lantholase

3670

2/ Lantholase

3/ Lantholase