

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

904009

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 590 Société : A.R.R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

115 Jamila MSIK 9 Rue Mohamed Ben Arous

Tél. : 06 61 60 00 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECINE GENERALE
Tél. : 0522 85 02 et 0527 10 33 64
Hay El Fekh - 6ème étage
Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 21/02/2024 EL FASSOUTI Khadys Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL

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
21/12/2024	Consultation	Dr ZOURGANI MÉDECINE GÉNÉRALE 345, AV. Abdellah Sennhaji - CASA Paiement : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.64	Hay El Farah - 1er étage	Hay El Farah - 1er étage

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	16.33.64 Montant de la Facture
	21/12/24	334,92
	16.12.24	185,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	[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

0,10 Ⓛ Airliss

1 CP lefseur est
34,90 Ⓛ x2 Ⓛ 64 Ⓛ Zentel cp Ⓛ M

1 CP lefseur est
/ Seu

T = 334,90

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
346, Av. Abdellah Senna - CASA
Hay El Farah - 1er étage
Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.64

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 34,90 DH
ID: 653671R
6 118001 141364

فلوكازازيل
LOT 231900
EXP 10/16
PPV 720H90

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 34,90 DH
ID: 653671R
6 118001 141364

243/1000MF/21/10/2025
LOT: 08123010
PER: 05/2025
PPV: 38,00 DH

LOT: 08123010
PER: 05/2025
PPV: 38,00 DH

Lot: 23297
À utiliser de
préférence avant le: voi
PPC: 79,50 DH

MY CODE
LOT: 08023056
PER: 07/2028
PPV: 36,70 DH
Topique

Dr ZOURGANNE Fatima
 MÉDECINE GÉNÉRALE
 Certificat de Planification Familiale
 (DIU)
 Ex. Médecin Chef du Centre
 de Santé Ibnou Tofail
 Médecin Agréé pour la Délivrance
 des Certificats de Permis de Conduire
 345, Av. Abdallah Senhaji
 Hay El Farah - 1er Étage
 Tél : 05 22 81 15 02
 Casablanca

الدكتور زرگان فاطمة

الطبع العام
 شهادة في تنظيم الأسرة
 (تركيب اللولب)
 الطبية الرئيسية سابقاً لمركز
 الصحي ابن طفيل
 طبية معتمدة لتسليم رخصة السياقة
 345 شارع عبدالله الصنهاجي
 حي الفرج - الطابق الأول
 الهاتف : 05 22 81 15 02
 الدار البيضاء

الدار البيضاء في Casablanca, le 16/3/2024

El FASDUD Khaufi eptAZZ

46.30 Ⓛ 14 Deme Fat 112 S.V.

140000 / 150 x 3000.

92 55 27 Ode. Lemf (B28) 1 gelule eje S.V.



Dr ZOURGANNE Fatima
 MÉDECINE GÉNÉRALE
 345, Av. Abdallah Senhaji - CASA
 Hay El Farah - 1er étage
 Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.64

PPV: 92,50 DH

PPV: 46,30

LOT: 23H21

EXP: 08/2026

PPV: 46,30

LOT: 23H21

EXP: 08/2026