

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

N° P19- 067519

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

4322h

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10218 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Abdellah

Date de naissance : 01 - 04 - 1957

Adresse : Drissia 3 BD Tahamed VI N 835 Casablanca

Tél. : 0663067929 Total des frais engagés : 434,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2020 Nom et prénom du malade : EL HAIL IKRAN Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie à l'Iodo et à l'Asthme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Allergie à l'Iodo et à l'Asthme

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 : 06/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RAM



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
29/01/2019	0	15000		 DOCTEUR BOURGALI Fatima MEDICAL GENERALE Av. Abdellah Senhaji Hay El Faran - 7er Tel : 0522.81.15.02

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

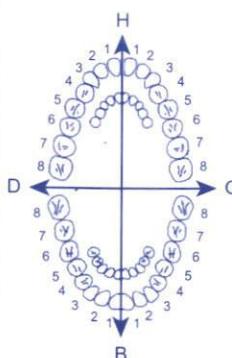
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ZOURGANNE Fatima

MÉDECINE GÉNÉRALE

Certificat de Planification Familiale
(D I U)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tqfail

345, Av. Abdellah Senhaji
Hay El Farah - 1er Etage

Tél : 05 22 81 15 02

Casablanca

DRA ZOURGANNE FATO
MÉDECINE GÉNÉRALE
Av. Abdellah Senhaji CASA
Hay El Farah - 1er Etage
Tél : 05 22 81 15 02
Casablanca, le 19/10/2023

الدكتورة زورغان فاطمة
الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة
(تركيب اللقاب)

الطبية الرئيسية سابقاً للمركز

الصحي ابن طفيل

شارع عبد الله الصنهاجي
حي الفرح - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء

PPV 18.00
PER 09/23
LOT J 24771
S 1

DolipranevitamineC*
Paracetamol 500mg + VitamineC 150mg
16 comprimés effervescents



6 118000 041252

RHINOFEBRAL®
20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlorphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



6 118000 080497
LOT : 200297
UT AV: 02/2023
PPV : 14,30 DH

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables



PPV: 73DH70
LOT: 01/23
UT: 01/2023
LUT: 01/1502



Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
342 Av. Abdelilah Senhaji CASA
Hay El Farah - 1^{er} étage
+ 51.15.02 et 0527.10.33.64

ICP : 00183331000001
Tél : 06 22 91 52 10
PHARMACIE HABIB EL KHEIRI DAKKEL
ZG LAZ BOUAFIA DAKKEL