

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

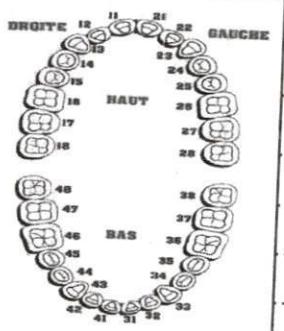
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Veuillez fournir la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

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

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

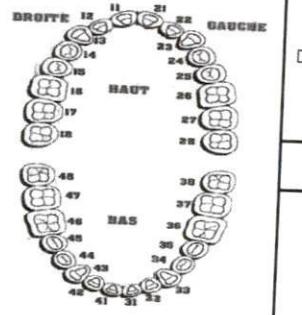
### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin de

### O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	G
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

### VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

### DECLARATION N°

W18-379109

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom ASSAHI Khadija

Fonction : ..... Phones ... 0610301891

Mail .....

### MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Nature de la maladie .....

Date .....

new

DR ZOUBEIR Nadia  
Tel: 05 23 48 41 42  
INPE 121182182  
Chohada Orif Mitah- Beni Mellal

Date 1ère visite .....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....

Nature des actes Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

200,00

INPE 121182182  
Dr ZOUBEIR Nadia  
Cardiologue  
Chohada Orif Mitah- Beni Mellal

PHARMACIE Date 14/12/2020

Montant de la facture

HARMACIE CHIFA  
Dr. Rachid KSIRI  
517, Av Hassan II Hay El Massira  
Roulaâd - Tel: 05 23 41 40 52  
INP: 062018981

27,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date .....

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

# Docteur ZOUBEIR Nadia

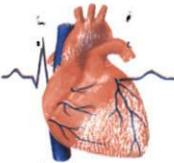
Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital la Timone Marseille France

Diplômée d'échocardiographie de l'université bordeaux France

Ancien cardiologue à l'hôpital régional Béni Mellal



# الدكتورة زبیر نادية

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي بمرسيليا (فرنسا)

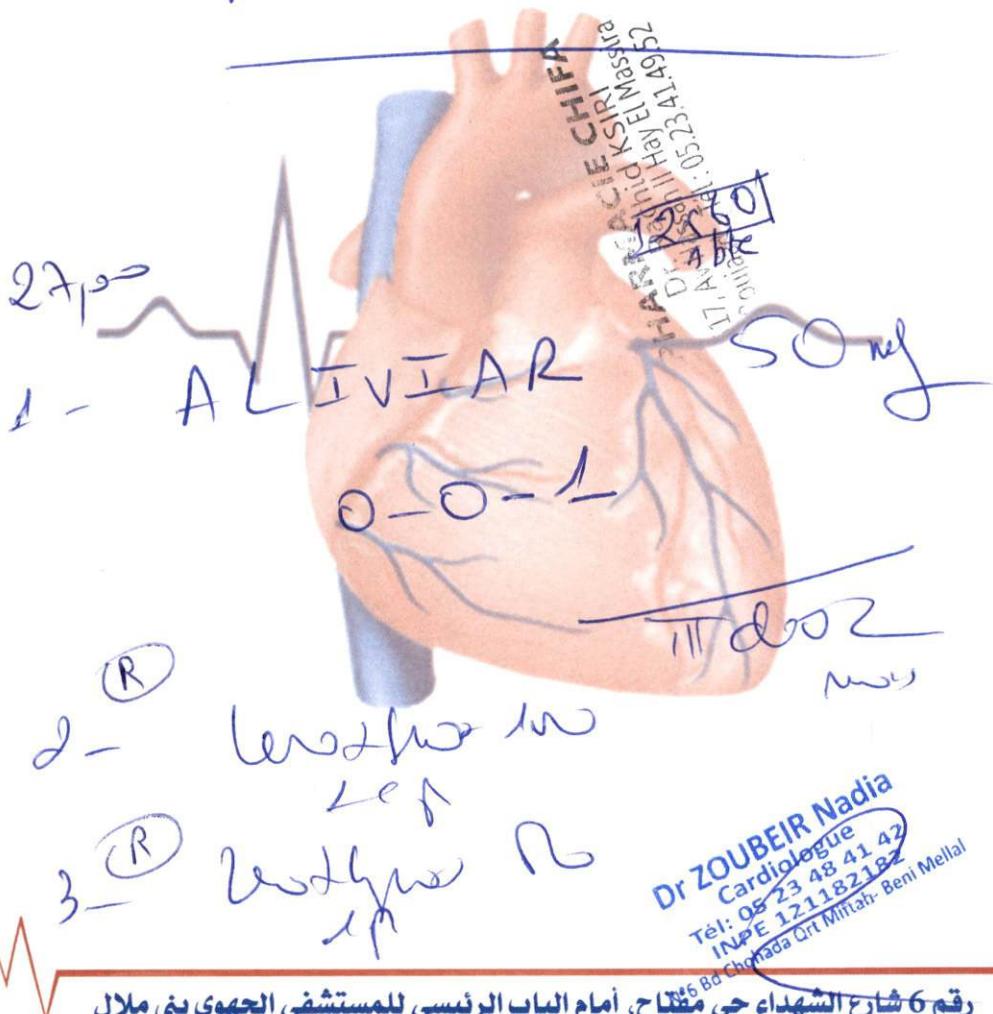
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

اختصاصية سابقاً بمصلحة القلب والشرايين بالمستشفى الجهوي ببني ملال

Le: ١٤/١٢/٢٠٢٣  
باسم الشفاعة

ASSAN

KHADIS A



Dr ZOUBEIR Nadia  
Cardiologue  
Tél: 05 23 48 41 42  
INPE 121182182  
6 Bd Chouara Orl Mittah- Beni Mellal

رقم 6 شارع الشهداء حي منتاج، أمام الباب الرئيسي للمستشفى الجهوي ببني ملال  
الهاتف : 07 00 10 00 48 . 05 23 48 41 42

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA



sulpiride

50 mg

ALIVIAR®

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

ALIVIAR® 50 mg  
20 Gélules



6 118000 230250

27,00

118000 1  
1172025  
112763011