

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.

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13177</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>204810</u>
Nom & Prénom : <u>BenniS Zineb</u>			
Date de naissance : <u>13/03/1991</u>			
Adresse : <u>bat Abderrahim bousaid, au 1 le Rue Bir Hakeim les P Terra da, E3, Apt 15 04000</u>			
Tél. : <u>0662 311 855</u>		Total des frais engagés : <u>295,50 DH</u>	

Cadre réservé au Médecin	
MININ	Cachet du Médecin :
MUPRAS	Date de consultation : <u>01/04/2023</u>
ACCUEIL	Nom et prénom du malade : <u>M- BENNI S Zineb</u>
ACCUEIL	Age : _____
ACCUEIL	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan
ACCUEIL	Nature de la maladie : <u>Affection Gyneco</u>
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'at: médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : BenniS

RELEVE 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
07/11/2022	C2		0,00	INP : 091053282
				<i>M. BOURHOUNI docteur en médecine spécialiste en Médecine V et en Médecine Casablanca 0522 47.29.57</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie de l'Oasis</i> <i>Mme R LAHLOU EL KATEB</i> <i>64 Boulevard Bourabat Oasis</i> <i>Tél : 05 22 25 39 74</i></p>	<p><i>01/11/2022</i></p>	<p><i>295.50</i></p>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عيادة التوليد وأمراض النساء

Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجاد برنون
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 1^{er} Nov/ 22

50.40 Tysper SV 21.00
45.20 Mycostat 1% SV
79.90 Klorinol SV 21.00 Nef
75.00 Menoreen SV 21.00 195
45.00 Hemorein SV 21.00 195

T = 295.50

Pharmacie de l'Oasis
Mme R. LAHLOU EL KATEB
64 Boulevard A. Bouabid Casablanca
Tél : 05 22 25 39 74

Pharmacie de l'Oasis
Mme R. LAHLOU EL KATEB
64 Boulevard A. Bouabid Casablanca
Tél : 05 22 25 39 74

Dr. A. BERRANNOUN
Gynécologue Accoucheur
Diplômé de Paris
39, Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél : 0522 29 40 70 - 0522 47 29 57

39، زنقة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 06 61 32 11 38 / 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 29 40 70 / 05 22 47 29 57 / 06 61 32 11 38

E-mail : drsnoab@gmail.com

Musfon 80mg
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410263

Deva

ج.وادي صيدلي مسؤول

لbulia والرحم



LOT: M0769
PER: 05/2025
PPV: 50, 40DH

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g

LOT: MYCOSTER 1%
CREME T30g

PER: 22/01/2025

P.P.V: 45DH20



6 118000 011118

MA 22 REV 01

HÉMOREÏNE®
ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 suppositoires

PPC: 75.00 DH



6 118002 080105

12

HÉMOREÏNE®

Tube de 30g

LOT: 2516
EXP: 08/25
PPC: 48.00DH

KALMACOL®
Comprimé

Lot: 210404

A consommer
avant le: 06/2026

PPC: 79,90 DH

KALMACOL®
Comprimé



8 032578 473025