

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-007494

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M EL FADOU PI KHADIF AZIZ
 Date de naissance : 01 01 1972
 Adresse : 5, rue Mohamed Bouafra N°1/5 MSK
 Tél. : 06 61 60 130 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/05/2023
 Nom et prénom du malade : EL FADOU PI KHADIF AZIZ Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection pour remboursement
 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

30/05/2023
07/06/2023

Dr. ZOUROU GANNE Fatima
345 AV. ABDELLEL SERRAJI - CAS
Tél: 05 22 82 11 15
INPE: 091143115

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie Choukri Doukkali
Bd. Abdel Serraji
Tél: 05 22 82 11 15

30/05/23 427,00
07/06/23 181,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Tél: 05 22 82 11 15

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

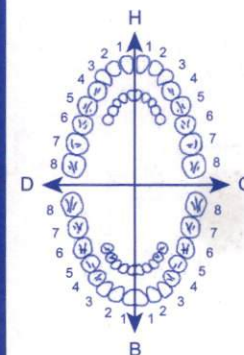
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	----------------	------------------	-------------



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

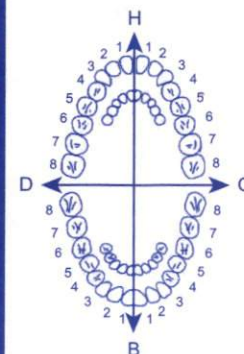
FIN D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOURGANNE Fatima

MEDECINE GENERALE

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 فاطمة

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 الفرج - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء



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

Casablanca, le

89,00

1) Serbasail



36,30

2) Fleurylaurub



1) oule coucoucou

141,20

3) Coucoucou



61,50

4) Netone



9900 *MS.10* *Leung (B2P)*
 427,00 *1. gelule louch*
afu



DR ZOURGANE FAKH
MEDECINE GENERALE
 345, Av. Abdellah Sennaji - CAS
 Hay El Farah - 1er étage
 Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.84

SD35 1275
 LOT PER
 Prix 89.00

PPV: 61DH50
 PER: 01/26
 LOT: M095
MODIC 15 mg
 Meloxicam
 14 comprimés sécables

 6 118000 040569

3630
Flagyl® 500mg
 10 Ovules

 6 118000 060406

PPV: 141DH20
 211233
 11/202
 LOT 21148
 EXP 04/202
 PPV 00 001

 OEDS 20mg
 28 gélules
 8800011008119

Ceroxim® 500mg
 Boîte de 10 comprimés

 6 118000 380115

ORDONNANCE

Dr ~~ZOURGANNE Fatima~~
 Khawtys ep ~~pharm~~ A. ~~Cher~~ Le 07/6/2023

~~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



- 102,00 1^{re} Biotinogyl (S.V)
- 18,30 2^{de} Bouccathymol (S.V)
- Bonne de bouche 3^{de}
- 60,30 3^{de} Gelopocum 15 (S.V)
- 1^{re} de surveillance

T = 181,80

~~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

LOT : 22E006
PER : 01 2025

BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00



69,90



MELOXAM 15 mg Promopharm
Méloxicam
14 comprimés

PROMOPHARM s.a



6 118000 242093

18,90

BUCCOTHYMOL
Flacon de 150 ml



6 118000 020332