

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M23-0015341

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3002 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAANANI BOUAZZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ZBIRI Fatima
Médecine Générale
Imm 8 N° 2 Zone D
Residence Chabab Ain Sebaa
GSM 05 22 74 69 36 Casablanca

Date de consultation : 27 / 09 / 12

Nom et prénom du malade : El bethel Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : HTA DT obligo cystite

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) :

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
97/09/17	a	1	600 DH	DR ZEIRI Médecine Générale N° 2000 Residence Chabab Al Housseini 03 21 74 69 36/Casablanca

RES

Cachet et signature du M.
attestant le paiement de

DR ZEBIR
Médecine Générale
Rue N° 220
Residence Chabab Alin
05 22 74 69 36/Cat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cadre du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. HOUKAR D'oujda Km. 13 Roul Doudou Sidi Benoabat Tel.: 05 22 73 5506	27/09/2023	62523 INDE: 09 20 66 293

INPE:092066293

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

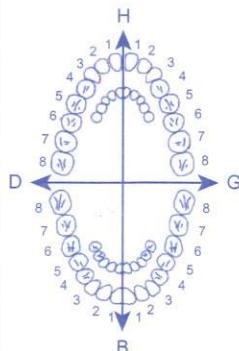
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

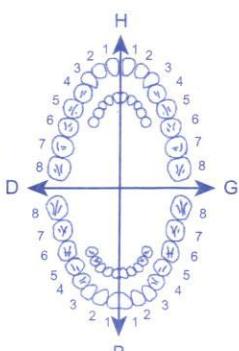
A diagram of a dental arch is centered on the page. It shows two rows of teeth, one upper and one lower, each with eight numbered teeth from 1 to 8. The teeth are arranged in a curve. The diagram is positioned between two vertical arrows, one pointing up labeled 'H' and one pointing down labeled 'B'. To the left of the arch are two horizontal arrows, one pointing left labeled 'D' and one pointing right labeled 'G'.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction] onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center">B</p> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<p align="center">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p align="center">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p align="center">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p align="center">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZBIRI FATIMA



الدكتورة ازيري فاطمة

Médecin Généraliste

ECHOGRAPHIE

MICRONUTRITION

الطب العام

الفحص بالصدى

PHARMACIE FEDDAN EL KHEIR

Dr. KOUKAB Dounia

Km. 13 Route de Rabat

Sidi Bernoussi

Tél.: 05 21 73 51 60

62562

El bethah - Henné

28.5x6 1000
1000
1000
1000



Dr. ZBIRI Fatima
Médecine Générale
Imm. 8 N°2 Zone D
Chabab Ain Sebaâ
Casablanca
Tél. 05 22 74 59 36

dranier 30



7.6x3 1000
1000
1000

27.6x10 50
0-0-1.



W.W. nettoyage



87.6 - Brosse 500



65.6 - ultraviolette 200



22.9 - loperme

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

Glucophage 1000mg

30 Comprimés pelliculés

6 118000 081
LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés

6 118000 081
LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333

age® 1000mg

30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333
LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333
LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

EXP:
Lot:

03/2027
G01N9M

01 101160
10/6,25 mg,
30 Comprimés pelliculés B/30
V: 71,60 DH

05/2027
G01TE2

6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg.
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 71,60 DH

EXP:
Lot:

05/2027
G01TE2

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvaline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. 40/40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

VN9165

FAB : ت. (الاتجاه)

03-2023

EXP : :
03-2026

LOT: M0977
PER: 02/2025
PPV: 87,00 DH

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00 DH

Fab :
ص.م.د.

1/2025

1136 10 2022
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

PPV: 22DH90
PER: 07/26
LOT: M2579

LOPERIUM® 2 mg

Lopéramide
20 gélules

6 118000 040521