

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.

M22- 0042355

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2016 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAZZANI CHAHDI Med

A79392

Date de naissance : 1970

Adresse : BOUZNIKA Rue OUREUD N. 623

Tél. : 0664 973858

Total des frais engagés : 3641,00 Dhs

+ 291,00

443,00

Cadre réservé au Médecin

Dr. Katane Fedoua Mana

Médecin Généraliste

Tél: 0537 84 92 92

Lot. Riad Essalam 1,

loum. 1 GH 1 ét. 6 - Bouzna

Age :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2013

Nom et prénom du malade : OUAZZANI CHAHDI ICHAIR

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Bouzna

Le : 31/08/2013

Signature de l'adhérent(e) : OUAZZANI CHAHDI ICHAIR

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
31/08/2023	C		150DH	i. Katane Fedoua Mane Médecin Généraliste Tel: 0524 64 92 92 Cité Mad El Salam 1, Bouzizka
01/09/2023			INPE: 061184479	

INPE = 062111873
pharmacie EXECU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARRAHIK Dr. DR. ABDADA ZINEB N° 092111273 800, Lot. Al Wergal, EL KOURAOUJ	21/08/23	214,00
PHARMACIE ARRAHIK DR. ABDADA ZINEB	21/08/23	79,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIARIES MÉDICALES

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 [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DATE DU DEVIS [Empty box]
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

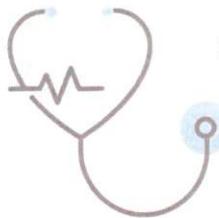
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KATANE Fedoua Manal
médecin généraliste

دكتورة كاتن فدوی منال
طبيبة عامة

PHARMACIE ARRANNA SARL AU
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika
Tél.: 07 07 11 74 36



INPE: 061184479

Ordonnance

Date : 21/08/2022

Douzzgari chahidi Vouzdar

- 1) 73,80 IXOR 20 mg 1 CP 1 FR AS
- 2) 43,20 FLAGYL 500 mg 36 SACHET B30 PER: 12/2027 P.P.V: 49DH80 AS
- 3) 52,40 Smecta ORANGE VANILLE 36 SACHET B30 PER: 11/2026 P.P.V: 52DH40 AS
- 4) 18,50 fedoua 18DH70 PER: 02/26 LOT: M401 AS
- 5) 0667 45 99 16 INPE: 061184479 EXP 04/2026 LOT 34010 AS

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

6 118000 032793

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V: 49DH80
LOT: 23/06/22
PER: 12/2027
6 118000 060062

SMECTA ORANGE VANILLE
36 SACHET B30
PER: 11/2026
P.P.V: 52DH40
6 118000 011460

PPV: 18DH70
PER: 02/26
LOT: M401

PPV 18DH30
EXP 04/2026
LOT 34010

Lot. RIAD ESSALAM 1 IM 1 GH 1 APT 0, BOUZNICA

214,00

ORDONNANCE

PHARMACIE ARRABIK SARL
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika
Tél.: 07 07 11 74 36

Off 05/2023

Nom :

Age :

Duazani chalid li kantar

✓ 79,00
PHARMACIE ARRABIK SARL
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika
Tél.: 07 07 11 74 36
00,00

SP

SN

Mixed Sime L'as + Bifid Stool

IMM. 1 GH 1 ADD 16 - BOUZNICA
Lot. 05074849292
Medecine Pharmacie
Dr. KARIM FEDRA WIRANI

Gachet

Date de prochaine visite:

Lot: 230022
À consommer
avant le: 01/2026
PPC: 79,00 DH