

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.

M22- 0029934

Maladie

Dentaire

Optique

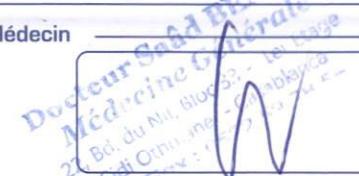
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Matricule : <u>4671</u> | Société : <u>IRAM</u> | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>ZAGOURI LATIFA</u> | | |
| Date de naissance : | | |
| Adresse : | | |
| Tél. : | | Total des frais engagés : <u>18088</u> Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 OCT 2023

Nom et prénom du malade : ZAGOURI LATIFA Age: 65 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : polyarthrite rhumatoïde

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 : DRAGUIN

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/07/2023 | G | | 200 DHS | 22-07-2023 Médecin Sidi Othmane Téléfon: 0522 50 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE EL OUED Lotissement el wajid Dernier Fix : 05/22 50.00 | 21/07/23 | 1021.12 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to H (top left), G (top right), D (bottom left), and B (| | | | |

Docteur Saâd BENNIS

Médecine Générale



الدكتور سعد بنيس

الطب العام

Echographie Générale - ECG

Maladies Rhumatismales et Inflammatoires

22, Boulevard du Nil, Bloc 33, 1er Etage

Sidi Othmane - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 59 78 56

E-mail : saadbennis@hotmail.fr

فحص بالصدى - تخطيط القلب

أمراض الروماتيزم و التهاب المفاصل

شارع النيل، بلوك 33. الطابق الأول

سيدي عثمان، الدار البيضاء

الهاتف / فاكس : 0522 59 78 56

Casablanca le : 02 OCT 2023

MADAME ZAGOURI LATIFA

3510

* SIPROZONE 20 MG COMPRIMES

60,95

1 CP / J LE MATIN PDT 20 JOURS

83107

*FLAMIX 15 MG COMPRIMES

1 CP MIDI PDT 14 JOURS

*CURCUFLEX FORTE GELULES

56130

1 GELULE / J LE MATIN PDT 01 MOIS

*D-CURE AMPOULES BUVABLES

26,20

1 AMPOULE A BOIRE / SEMAINE PDT 64 SEMAINES

*SULPITAL GELULES

70,10

1 GELULE / J LE SOIR AU COUCHER

*ZOLAM 30 MG GELULES BOITE DE 14

18400 X 3

1 GELULE / J LE MATIN PDT 14 JOURS

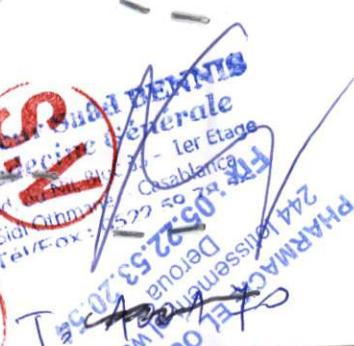
*TRIPLIXAM COMPRIMES

57,80 X 2

1CP / J LE MATIN PDT 3 MOIS

*COSTAL 10MG COMPRIMES

1 CP / J LE SOIR PDT 02 MOIS



20.9

* Céphalexine péllicule
suspension 500 mg/5 ml

10 M

PHARMACIE EL HOUQUAMA
244 lotissement al wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

Docteur SAAD BENNIS
Médecine Générale
22, Bd. du Nil, Bloc 32 - 1er Etage
Sidi Othmane - Casablanca
Téléfax : 05/22.53.20.54

PPV
LOT
PER

28,20

Lot N° :

EXP :

PPV :

501066c

60,90

20,00

 SERVIER

AMM n°: 502/17 DMP/21 NNP
80010886103002



6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

AMM n°: 502/17 DMP/21 NNP
80010886103001



6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

AMM n°: 502/17 DMP/21 NNP
80010886103001

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

PPV : 57,80DH
EXP : 05/2026
LOT : 230728

PPV : 57,80DH
EXP : 11/2025
LOT : 221779

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B100
EXP: 02/2025

15