

## 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.

188464

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Matricule : 12931		Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : Rihita		Date de naissance : 07/09/1984		Adresse :			
Tél. : 06 63 54 57 62				Total des frais engagés : 698,00		Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 02/10/2013	Nom et prénom du malade : MEZZOUGUI RHTA Age:
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Aff. Système	
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.	
Fait à : Casablanca	
Signature de l'adhérent(e) : R. BOUZAACHANE	



EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fourguier	Date	Montant de la Facture	
<i>Pharmacie MURDIERE A-H-LOU Hammamet Pharmaciennes du Parc Casablanca Tél: 05 22 07 08 50</i>	02/10/23	129.40	
<i>Pharmacie MURDIERE A-H-LOU Hammamet Pharmaciennes du Parc Casablanca Tél: 05 22 07 08 50</i>	02/10/2023	69.22	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	<hr/>		D	00000000	<hr/>		B	35533411	<hr/>		G	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	21433552																		
	25533412	00000000																		
	<hr/>																			
	D	00000000																		
	<hr/>																			
	B	35533411																		
	<hr/>																			
	G	11433553																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Dr Loubna ZAIDI

Spécialiste en

Hépato-gastroenterologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Echographie Abdominale  
Endoscopie Digestive



الدكتورة لبنى زايدى

اختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد  
علاج وجراحة أمراض المخرج : ال بواسير والدمى  
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

02/10/2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

MME MEZZOUGUI RHITA RHITA



40.40 • Meteospasmol - capsule molle

1 Capsule, matin, midi, soir, avant les repas, pendant 15 jours

89.00 • BIOFAR magnésium B6

1 Comprimé, soir, pendant 15 jours

69.00 • Biofar digestion - Comprimé

1 Comprimé, midi, après les repas, pendant 10 jours

129.40

Pharmacie LAHLOU  
Khalid El Alami  
Rue de la Gare et Bd.  
Casablanca  
Tél. 05 22 20 05 64  
Lot 108, Annexe 108  
Sidi Abdellah  
Tél. 05 22 20 39 11

Pharmacie LAHLOU  
Ilyam EP EL ALI  
7, Rue du Parc Casablanca  
Tél. 05 22 20 05 64



DIGESTION  
BIOFAR PHYTO

ة شارع يعقوب المنصور

في الطابق 1 المكتب 2

الهاتف: 05 22 78 09 87

07 66 65 81 84 : ٠٥٦٦٦٥٨١٨٤

286, Office Park Angle Boulevard Yacoub  
El Mansour et Rue de Madiaq Toudgha  
Bureau N°2 - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca

Tél. : 05 22 78 09 87 - Portable : 07 66 65 81 84

E-mail : loubna.zaidi@gmail.com

# ميتاوسباسميلا®

سترات أفاليرين 60 ملغم سمتكون 300 ملغم

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40.40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

رقم الجسمة /

ن. الإنتاج /

ن. الص. /

00403

01-2023

01-2026

مايوبي  
سبيدلر

**Dr Loubna ZAIDI**

**Spécialiste en**

Hépato-gastroenterologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Echographie Abdominale  
Endoscopie Digestive



**الدكتورة لبنى زايدى**

إختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد  
علاج وجراحة أمراض المخرج : البواسير والدمبل  
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

الدار البيضاء، في

02/10/2023

Casablanca, le .....

## Facture

**MME MEZZOUGUI RHITA**

<b>Acte</b>	<b>Honoraire</b>
Consultation	300,00 Dh
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	200,00 Dh
<b>Total</b>	<b>500,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
cinq cents dirham(s)



286, Office Park Angle Boulevard Yacoub  
El Mansour et Rue de Madiaq Toudgha  
Bureau N°2 - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél. : **05 22 78 09 87** - Portable : **07 66 65 81 84**  
E-mail : loubna.zaidi@gmail.com

286, أوفيس بارك زاوية شارع يعقوب المنصور  
و زنقة مديق تودغى الطابق 1 المكتب 2  
الهاتف : **05 22 78 09 87**  
المحمول : **07 66 65 81 84**