

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.

197705

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04543 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHAOUEDI BOUCHAIB

Date de naissance :

12.05.1960

Adresse :

SALMIA 2 BOU EL JELLOUN N 240 CASA

Tél. : 0661804872

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24.02.2024

Nom et prénom du malade :

KHAOUEDI BOUCHAIB Age :

Lien de parenté :

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 : 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
26/02/2024	05	15000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme FILALI GUENNOUN Ibtisam 226, Boulevard Al Joubal Salma 2 Casablanca Tel.: 05 22 38 01 47 ICE : 00211585100	4/02/24	1141,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

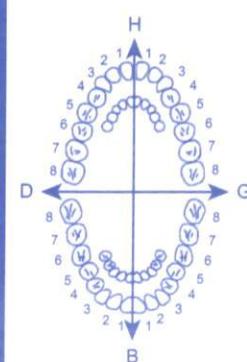
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SAGET DU FRANÇAIS EN 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

دكتار فاطمة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة
(تركيب اللولب)

الطبية الرئيسية سابقاً للمركز
الصحي ابن طفيل

طبية معتمدة لتسليم رخصة السيارة
345، شارع عبد الله الصنهاجي
حي الفرج - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02
الدار البيضاء

Casablanca, le الدار البيضاء، في

KHATEEB BOUTEFLIA
Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, AV. EL FARAH 1ER ETAGE
TEL: 05 22 81 15 02 MOBILE: 05 22 81 15 02

185,00 ١٤ سفر ٢٥٠ نز
٦٥٦,٠٠
٤٢,٢٠٨٣ ٢٤ مسافر
١٢٦٦٥٠ au cours de la nuit
١٥٧,٠٠ ٣٩ لفترة
٢ ٣١٤,٠٠ ١٤ Disp ٣١٤,٠٠
٧٥,٠٠ ٤٤ Major
٤٠,٠٠ ٥٢ ٢٦٦٦٦٦٦٦
-- ٥٢ Isolone ٢٥
-- ٢٦٦٦٦٦٦٦
-- ٢٦٦٦٦٦٦٦

Demande de remboursement
N° de reçu : 31



1141, 80

ZOURGAINE Firma
PHARMACIE GENERALE CASA
MEDECINE GENERALE
345, Avenue Audeliah El Fassi
SALMIA 2 - Casablanca
Tél. : 022/317800 - 022/103354

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA

Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam
226 Boulevard Al Joutane
Salmia 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 38 07 47
ICE : 002115834000092
I.N.R.E : 092004506



BRONCHATHIOL®
Carbocisteine 5%

PPV 31 DH 20
PER 07 / 26
LOT M2406

ADULTE

LOT: GB21588
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

Lot X87K
EXP 04/2025
PPV 42,20 DH

LOT: GB20159
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

Lot YJ4U
EXP 05/2025
PPV 42,20 DH

LOT: GB21779
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

Lot 464X-A
EXP 06/2025
PPV 42,20 DH

LEVAMOX® 1g
16 COMPRIMES EFFERVESCENTS
PPV 157DH00
LOT 34016 1
EXP 03/2025

LEVAMOX® 1g
16 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 157DH00
LOT 34016 4
EXP 04/2025

LOT: IC30802
PER: 06/2025
PPV: 75 DH 00



40,00
LOT 34016 4
EXP 04/2025