

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047877

NO: 29056

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1276 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : FATAINE AMINA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0660339713 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

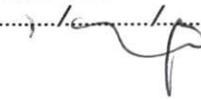
Nature de la maladie : .....

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 : 1/10/20

Signature de l'adhérent(e) : 

**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.

**Biologie 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.

**Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
\* Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
\* Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	D	<table style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35533411</td></tr> </table>	H	25533412	00000000	00000000	35533411	G	<table style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	21433552	00000000	00000000	11433553	
H														
25533412														
00000000														
00000000														
35533411														
21433552														
00000000														
00000000														
11433553														
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>										

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>	P 14/0025167	Cachet MUPRAS
Date de Dépôt	Montant engagé	
	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 25167

DATE DE DEPOT  
..... / ..... / 201.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mle</b>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <b>FATAINE AMINA.YE KHOUDRI</b>			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>AMINA FATAINE</b>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>37 ans</b>	Date <b>06.01.2020</b>	
Nature de la maladie <b>HFA ch - Puget-wina</b>		Date 1ère visite .....	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature Dr. IBRAHIM JAZI
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>CA</b>		<b>200 dh</b>	

<b>PHARMACIE</b>	Date <b>12/05/2020</b>	Cachet Pharmacie Yassine CASABLANCA - Tel.: 44.37.87.18
Montant de la facture		
<b>522-90</b>		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date <b>06.01.2020</b>	Laboratoire "EMILE ZOLA" Dr. Rizlane BERRADA 195, Bd Emile Zola - Casablanca Tel & Fax: 05 22 24 20 82 - GSM: 06 67 74 24 60
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>A.S.O.B. + P.C.A.34</b>	<b>200,00 dh</b>	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date .....	CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE - SPERMIOLOGIE - TOXICOLOGIE

## مختبر التحليلات الطبية «إميل زولا»

LABORATOIRE EMILE ZOLA

Casablanca, le 06-05-2020

Dr Rizlane BERRADA

195, Bd Emile Zola - Belvédère - CASABLANCA

Tel/Fax : 05.22.24.20.03 - GSM : 06.67.79.24.60

Email : [laboemilezola@gmail.com](mailto:laboemilezola@gmail.com)

**FACTURE N° : 200500040**

NOM	Mme FATAINE VVE KHOUDRI AMINA
PRESCRIPTEUR	Dr JAZI IBTISSAM

TOTAL COTATION B	150
TOTAL DE LA FACTURE	200.00 DHS

Arrêtée la présente Facture à la somme de : **deux cents dirhams** .

**Laboratoire «EMILE ZOLA»**  
Dr. Rizlane BERRADA  
195, Bd Emile Zola - Casablanca  
Tél & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 67 79 24 60

PATENTE N° : 31200992 / IF N° 15188210 / CNSS N° 4138857 / ICE N° 001709746000031 / INPE : 093000313

# Docteur Ibtissam Jazi

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie - Electrocardiogramme

Certifiée par l'Association Française  
d'Hypnose Médicale Clinique

Diététique Médicale - Nutrition - Diabétologie  
(Montpellier, France)

# الدكتورة إبتسام الجازي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى و تخطيط القلب

شهادة جامعية من الجمعية الفرنسية

للعلاج بالإحياء الطبي السريري

الحمية الطبية - التغذية - مرض السكري  
(مونبولي - فرنسا)

Casablanca, le 12.01.2020 في الدار البيضاء،

FATIMA NINON

1) <sup>67g</sup> Polygimax Boute de 12.

50.37 capsule x 2/j

2) Lubrifiant vaginal

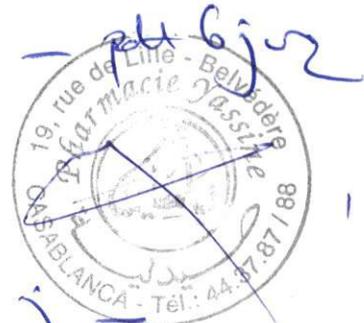
3/16<sup>0</sup> app x 2-3/j

3) ~~Mucoperaryl crims on pévagine~~

4) ~~Fludea<sup>3</sup> app x 2/j - 6 j~~

5) ~~Aurep<sup>3</sup> app x 2/j - 3 j~~

5) ~~Aurep<sup>3</sup> app x 2/j - 3 j~~



# Docteur Ibtissam Jazi

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Médecine Générale  
Echographie - Electrocardiogramme  
Certifiée par l'Association Française  
d'Hypnose Médicale Clinique

Dététique, Médicale - Nutrition - Diabétologie  
(Montpellier, France)

# الدكتورة إبتسام الجازي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
الطب العام  
الفحص بالصدى و تخطيط القلب  
شهادة جامعية من الجمعية الفرنسية  
للعلاج بالإحياء الطبي السريري  
الحمية الطبية - التغذية - مرض السكري  
(مونبوي - فرنسا)

Casablanca, le 06.01.2024 في الدار البيضاء،

N° RATAINE ATINA

Fours

BBBY -

ORDO

Mme FATAINE VVE KHOUDRI  
28-03-1962 F



A coller sur l'ordonnance

Dr. Ibtissam JAZI  
Médecin Générale  
358, Résidence l'Excellence I  
Bd Mohammed V, Casablanca  
Tél: 05 22 54 19 24 - Fax: 05 22 54 19 24

Tél: Fax: 05 22 54 19 24  
195, Bd Emile Zola - Casablanca  
Dr. Rizlane BERGADA

Laboratoire "EMILE ZOLA"

(50 X 20 X 114) mm

68,90

(50 X 20 X 114) mm

68,90

(50 X 20 X 114) mm

68,90



MAPHAR

POLYGYNAX 12 capsules vaginales

Km 10, route Côtière 111 - Quartier industriel, Zenata

Ain Sebâa Maroc

P.P.V.: 67DH40



6 118001 183739



31,60

LOT 190539

EXP 03/2022

PPV 97.70 DH

LOT : 011981

EXP : 07/2021

PPC : 99.00 DH

49,40