

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.

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.

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

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



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 : 1/10/13

Signature de l'adhérent(e) :

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	Coefficient des travaux	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																

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

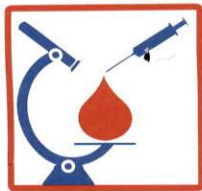
VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0025167		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 25167

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom FATAINE AMINA.YE KHOUDRI			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient AMINA FATAINE		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 38 ans
Nature de la maladie HtA ch - Rythme cardiaque			Date 06.01.2020
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite
Nature des actes C1			Nbre de Coefficient
Montant détaillé des honoraires 200 dh			
PHARMACIE	Date 12/05/2020		
Montant de la facture 522-90			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 06.01.2020	
Désignation des Coefficients ASOB + PC 134	Montant détaillé des Honoraires 200,00 dh		
Laboratoire "EMILE ZOLA" Dr. Rizlane BERRADA 195, Bd Emile Zola - Casablanca Tél & Fax: 05 22 24 20 83 - GSM: 06 67 74 24 60			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
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

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

Dietétique 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 12.01.2016 في الدار البيضاء،

172 FATAH nina

1) Polyginox Boute de 12.

67.301 app x 21 j - 67.301 app x 21 j

2) lubrifiant vaginal

3/160 app x 2-3 j

3) Plucoperaryl crém on/levagie

67.301 app x 21 j - 67.301 app x 21 j

4) Fludea cp

5) Aufepus cp



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

Dietétique 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 بالإيحاء الطبي السريري

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

Casablanca, le 06.05.2020 في الدار البيضاء،

072 RATAINE Amina

Faurs

BBBY -

Mme FATINE VVE KHOUDRI
28-03-1962



2005060006

A coller sur l'ordonnance

ORDO

Dr. Ibtissam JAZI
Médecin Générale
358, Résidence l'Excellence I
Bd Mohammed V, Casablanca 20610

Laboratoire "EMILE ZOLA"
Dr. Riziene BERADA
185, Bd Emile Zola - Casablanca
Tél & Fax: 05 22 54 19 24 - 06 67 19 14 60

(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.: 67 DH40



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