

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Éducation :

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.

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



WPS-30894
Déclaration de Maladie : N° P19- 0001011

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10079

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EZZABDI FATHIA Date de naissance :

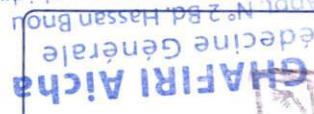
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2020

Nom et prénom du malade : ZABDI FATHIA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Orla

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 : Benyechid

Le : 18/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0001011

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
09/06/2020			1500 DT	GHAFIRI HASSAN AZAHRA - Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ISIS Maria DJEDDI PHARMACIENNE 143, Lotissement Wafiq - Benchechta Tel: 023.53.31.73	09/06/1990	819,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABDOU LAYLA BEN RECHID Abdelhamid HAWAZINE Charmacien Biologiste	12/06/2020		120,000.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

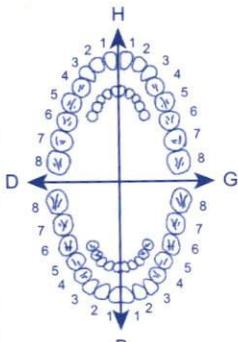
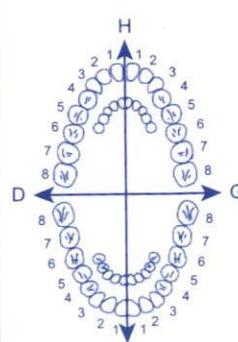
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 B 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ancien médecin a l'hôpital Mohamed Boaifi

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

- الرباط -

Berrechid le 09/06/2020 برشيد في

ZABD FATHA

S.V

M Levavie 500
139,50 1 ml (10)

metformin 500
28,50 2 g (23) (50)

S.V

31 Sartezos
34,40 cephalosporine (25)
Pharmacie D'EDID
Maria MACIENNE
Ch. M. MACIENNE
Lament Waller
023 53.33.71

S.V

DR. GHAFIRI AICHA
ADP N° 2 BD Hassan Boulli
BP 1000 Berrechid
Tunisie

49,00

4) mycoctine poudre



$$89,20 \times 3 = 267,60$$

5) Amelor 2mg



$$60,40 \times 3 = 181,20$$

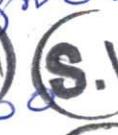
1 up boute



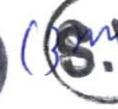
6) Amelor 2mg

$$19,90 \times 6 = 119,40$$

1 plant (3m)



7) Metformin



LOT: 08219023
PER: 10/2024
PPU: 49,00 DH

Flacon de

LOT N°: 34,70

UT. AV:

PPV (DH):

28,50

UT.AV :

LOT N°:

UT.AV :
LOT N° :

UT.AV :
LOT N° :

UT.AV :

UT.AV :

LOT N° :

P.P.V: 139,50 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

PER: 06 2022
LOT: 19E002
P.P.V.: 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

0

.V.: 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

0

P.P.V.: 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

0

P.P.V.: 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

0

P.P.V.: 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

0

P.P.V.: 19DH90



Dr. GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرياض -

Berrechid le 05/06/2020 برشيد في

ZABD I FATHA

HB A 1

LABORATOIRE CENTRALERRAZ
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

Dr. Ghafiri Aicha
Berrechid Hassan Boua
Ghafiri Aicha



Mme EZZABDI Fatiha

Page : 1 / 1

Dr. GHAFIRI AICHA

Date du prélèvement : 17/06/20

Dossier édité le : 17/06/2020

Code Patient : 80531



Prélèvement Effectué au Laboratoire

170620 030

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) . . . : 7,40 %

11/02/20 : 6.90

HPLC(Chromatographie liquide haute pression)sur automate D10 Bio-kad : Technique de référence.

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 6%

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%

LA
 LABORATOIRE CENTRALERRAZI
 BERRECHID
 Dr Abdelhamid HAWAZINE
 Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

FACTURE N° : 20003843

BERRECHID : 17/06/2020
Nom et Prénom : Madame Fatiha EZZABDI
Prescripteur : Dr. GHAFIRI AICHA

Bilan :

HBAC B100+

Montant Net : 120,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cent vingt Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
 BERRECHID
 Dr Abdelhamid HAWAZINE
 Pharmacien Biologiste



INPE 063060990