

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

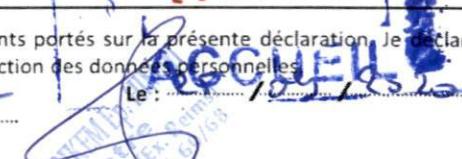
91687

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>19765</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ELKA BABI Mousim</u>			
Date de naissance : <u>28/06/1984</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>22 794 999 696</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>12/09/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>elbabai mousim</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>constipation</u>			
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 : Casablanca Le : 25 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) : M. F.



### 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
17/09/20		250	250	INP : 29 MARS 18
				Dr. Karim ZERHOUNI (Dr. HMMI) Pediatre (Dr. Reims) 1 Rue Zerhouni 51150/68 Tel. : 29...

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie VITAE TEL: 03 22 53 80 64 FAX: 03 22 53 80 64	17/09/20	657,65

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**D** ← → **G**

**B**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dr. ZRIKEM Karima - Ep-Himmi  
عيادة الدكتورة زريكم حريمي

ZK

Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال

الحساسية - الضيقية

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le :

17.09.08

à l'adulte



40,0 : ① Neoformal 100  
1/4 ep. si éclipsé  
35,70 x 2

② wechler.  
1/4 ep. si éclipsé

45,0 x 2 VITA



③ Laevolac.

8,60 x 3 - 1/4 ep. x 2

④ Solipract 100.

1/4 ep. x 2

الرجو إخراج وصفة طبيبك

600x2 jet le leogermeine

a accepter 2/

75°  
X 2

60% lactate

a dose x 5g

79,90x2

78 fit to lat

180x2

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina, susp b 10 ml  
P.P.V : 60,00 DH

618001 081651

NEOFORTAN® 40 mg

PPV 40DH00  
EXP 04/2023  
LOT 9D049 2

**Maltofer®**

35,70

PARACETAMOL

**Doliprane®**

100 mg



08,60

VITA  
Farmacie VITA - S.A.S.  
T.L: 05 22 96 13 53  
FAX: 05 22 96 13 53  
49, Bd Brahim Razzouk  
Casablanca - Maroc

PPC: 75,00 DH

CODE No / No DU CODE:  
MH/DRUGS/A/YU-146  
B No / No LOT: CK 0069G  
MFG/FAB: 07/2019  
EXP: 06/2022  
(01) 1890111009243  
(21) D9Y69CN94NP9J2



PPV BDH 60  
PER 01/23  
LOT J026

08,60

PPV BDH 60  
PER 01/23  
LOT J026

08,60

PPC: 75,00 DH

CODE No / No DU CODE:  
MH/DRUGS/A/YU-146  
B No / No LOT: CK 0069G  
MFG/FAB: 07/2019  
EXP: 06/2022  
(01) 1890111009243  
(21) DCYL9JL66C66D3





# Cabinet Dr. ZRIKEM Karima - Ep-Himmi

Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال

الحساسية - الضيق

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في : ١٢ . ٢٠ . ٢٠٢٠  
Casablanca, le : ١٢ . ٢٠ . ٢٠٢٠

Himmi

el lababri had.

consulat

⇒ 250

Dr. Karima ZRIKEM (Ep. H. H. H.)  
Pédiatre  
68, Rue Zerhoun (Ex. Reims)  
CASA - Tel.: 23.31.60/68

الرجو إحترام وصفة طبيكم

68, Rue Zerhoun (Ex-Rue Reims) - Casablanca - Tél.: C. 05 22 29 31 60 / 68

Urgence : GSM : 06 61 45 52 44 - E-mail : zrikem\_karima@hotmail.com

45,00

35,70

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina, susp b 10 ml  
P.P.V : 60,00 DH

6 118001 081653

Lot: 200285  
A consommer de  
préférence avant le: 04/2025  
PPC: 79,90 DH

Lot: 200235  
A consommer de  
préférence avant le: 04/2025  
PPC: 79,90 DH

**LAEVOLAC®**  
Lactulose  
soluté buvable 200 ml. (268 g)

P.P.V : 45,00 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA