

## 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

- Reclamation : 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.

N° W19-513479

55799

|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie              | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique            | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                           |                                       |   |                                 |
| Matricule : 8438   | Société : RAOY Reprise                |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                           | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : MATINE Scen AB                            |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 09/11/1957                           |                                       |   |                                 |
| Adresse : 101. Kenza 3000 Casablanca                     |                                       |   |                                 |
| Tél. : 06 51 75 632 Total des frais engagés : 31 521 Dhs |                                       |   |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin : DR. CHOKAYRI FATHIA   |  |  |  |
| Medecine Generale - Echographie   |  |  |  |
| Nutrition-Diabetologie - Gynecologie Medicale   |  |  |  |
| 100, rue 1 Abdellah Senhaji Hay Ameur Casablanca 20357  |  |  |  |
| Date de consultation : MATINE sous  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : MATINE sous   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : <i>Maladie</i>   |  |  |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>cas 120</i>   |  |  |  |
| 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 :

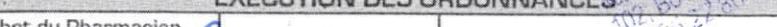
Signature de l'adhérent(e) :

*Signature*

*MUPRAS*

12/12/2020

| 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   |
| 25.01.20                       |                   |                       |                                 | INP : 004200<br>CHOKAYRI FAITHA<br>Médecin Général, Echographie<br>Spéciale, Gynécologie Médicale<br>et Gynécologie Chirurgicale<br>Dr. Sennaji Hay Amal<br>Casablanca |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|  | 10/10/20 | 211,60                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

Dr CHOKAYRI - ZAOUAK Fatima

## MÉDECINE GÉNÉRALE

### ÉCHOGRAPHIE

## Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier (France)

Nutrition - Diététique

Diabétologie - Gynécologie Médicale

## **Suivi de Grossesse**

001697323000026

## Casablanca, le



20 JAN 2020

الدكتورة شقيري زواق فاطمة

## الطب العام

الفحص بالصدى

كلية الطب بونوالي فرنسا

لتحفية الحمد

مکالمہ

المراسل الستري

منابع العمل

INP : 091042200

## لدار البيضا، في

MATINEE *Sonata*

8730

Monozekler 500  
(B des)

35,30

B. Rulon

SV  
o

~~3/17~~ Sept 3/17  
2m min ds rep's



05 22 80 33 57

شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل مقابل المسجد - الدار البيضاء  
102, Boulevard Abdellah Senhaji - Hay El Amal - Casablanca

14140

Doliprane 1p SV

37,30 x 2

Zenfel p. 2;

Dr. CHOKAYRI FATIMA  
Gynécologue - Echographie  
492 Bis Bd. Panoramique  
492 Bd Abdellah Sennaï Hay Amal  
30.33.57 - Casablanca

211,60

PHARMACIE DES DAJIAS  
DE BOUTIQUES BLOUHLAI  
(Montpellier) - Tel: 0522 521 560

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Monozclar 500 mg cp pel  
Im 66 mv  
P.P.V: 87,30 DH  
6 118001 183821

PPV 140H4  
PER 01/23  
LOT 1198

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 37,30 DH  
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 37,30 DH  
6 118001 141364

35,30