

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-601875

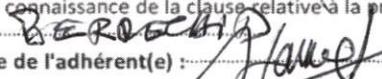
✓
N
S
X
A
G
H
A
M

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	6798	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
BEDRI HAMDI		
Date de naissance :		
28-12-1961		
Adresse :		
Habituelle		
Tél. :	06 62 01 48 11	Total des frais engagés :
		496,40 Dhs

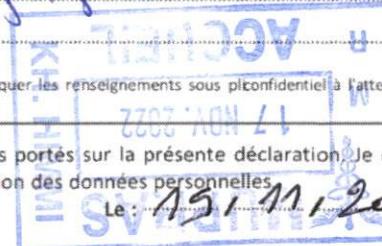
Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. Chayma ELOUAZZANI Omnipraticienne, Echographie Résidence Ibn Khaldoun Port 2 App. N°2 Tél: 0522 32 48 12
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	29/09/2022
Nom et prénom du malade :	Mme Saadia EL HOUSSEINI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Obtuse frite
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : 19/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
29/09/22	Examen		150 Dhs	INF. 06/10/2022 Dr Chaymae ELOUAZZANI Omnipratiquante, Echographe, Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N°2 52324812

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. PHARMACEUTIQUE MANUFACTURE DE PARIS SALE ERALIE</i>	29/01/82	266,40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. Babin Avenue Malouet derrière la gare	29/09/82		80,00 \$

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]													
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]													
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]													
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
					DATE DU DEVIS [REDACTED]												
					DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de la Pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU - Casablanca

Ex Médecin à l'hôpital Errazi - Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Médecin V - Safi



الدكتورة شيماء الوزاني

الطبيب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بالمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 29/09/22

برشيد في

M → Saadia EL HOUSSINI

Acide urique

V.S.

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
Omnipratique, Echographie:
Tél: 0522 32 48 12

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
BERRECHID

Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste
Avenue Mohamed V, Dar Hakami
derrière la Préfecture de Police

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف : 05 22 32 48 12

Résidence Ibn Khaldoun - Porte 2 - Appt N° 2 - Berrechid - Tél : 05 22 32 48 12

Gsm : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

FACTURE N° : 22008381

BERRECHID : 29/09/2022
Nom et Prénom ... : Madame Saadia EL HOUSSINI
Prescripteur : Dr. CHAYMAE ELOUAZZANI

Bilan :

VS B30+ AUR B30+

Montant Net : 80,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Quatre-vingts Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
 BERRECHID
 Dr Abdelhamid HAWAZINE
 Pharmacien Biologiste
 Avenue Mohamed V, Dar Hakami
 derrière la Préfecture de Police



INPE 063060990

Dr. CHAYMAE ELOUAZZANI

Date du prélèvement : 29/09/22

Dossier édité le : 29/09/2022

Code Patient : 138640



Mme EL HOUSSINI Saadia

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

290922 096

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

VITESSE DE SEDIMENTATION

Automate (VACUETTE)

1 ère heure.....	: 30	mm	< à 10
2 ème heure.....	: 67	mm	< à 20

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

ACIDE URIQUE : 42.58 mg/l
 ou : 253,45 μ mol/l

Valeurs de référence

(26 à 60)

Antécédents

(210 à 420)

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
 Dr Abdelhamid BERRECHID
 Pharmacien Biologiste
 Avenue Mohamed V, Dar Hakami
 derrière la Préfecture de Police



INPE 063060990

الدكتورة شيماء الوز
الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيبة سابقاً بالمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بCasablanca

Dr. Chaymaa ELOUAZZANI

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de la Pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU - Casablanca

Ex Médecin à l'hôpital Errazi - Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Médecin V - Safi



Berrechid, le 29/09/22 برشيد في

Hme. Farida ELHOUSSINI

① - 89.50 Carboxane

14 x 36

LOT : 220033
PER : 02/2025
PPC : 79,50 DH

Carboxane

Boîte de 30 comprimés

8 051128 634501

Lot: 220240
A consommer
avant le: 04/2025
PPC : 89,50 DH

② - 89.50 D3 Na

LOT : 1273
PER : 07-25
P.P.V : 31 DH10

③ - 31.10 Diclo

PPV

LOT

PER

28.80

Dr. Chaymaa ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographe
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
Tél : 0522 32 48 12
Gsm : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف : 05 22 32 48 12

Résidence Ibn Khaldoun - Porte 2 - Appartement N° 2 - Berrechid - Tél : 05 22 32 48 12

Gsm : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

~~GRISEO® 250 mg 30 comprimés~~

PPV 37DH50

EXP 11/2025
LOT 04035 3

~~Pharmacie AL MAMARAT JANJ~~
~~Dr. SEHFI M. Sanaa~~
~~Lotto 04035 Im Nenay G Lot 42~~
~~Tél: 02 32 85 85 - Berrechid~~

~~Dr. Chaymae ELOUAZZANI~~
~~Omnipraticienne, Echo graphie~~
~~Résidence Ibn Khaldoun Port. 1~~
~~Tél: 0522 32 18 12~~
~~App. N°2~~