

## 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

Nº W19-504307

ND : 18598 CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>11109</b>	Société : <b>RAYAN JABBAR</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>YOUNES JABBAR</b>			
Date de naissance : <b>09-06-73</b>			
Adresse : <b>Rue 6, TNN 31, Apt 87, Rayan.</b>			
Tél. : <b>0661541178</b>		Total des frais engagés : <b>850 + 882 Dhs</b>	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <b>RAYAN JABBAR</b> Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Allergie - Bronchite</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p-confidence 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 : **CASA** Le : **04 FEV. 2020**  
Signature de l'adhérent(e) : **RAYAN JABBAR** Le : **04/02/2020**

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
18/11/20	cn 250	1	250	18/11/20 Signature
29/11/20	cn valid	1		

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
<b>PHARMACIE MAZOLA</b>	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
<b>PHARMACIE MAZOLA</b> N° BENAZOUZ Ibtissar N° 51 Rue 4 Mazola Hay Hassani - Casablanca Tél. 022.822.922.922	<b>24-07-80</b>
Montant de la Facture	
<b>2821.10</b>	

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																		
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		35533411		B			11433553			
	H	G																
	25533412 00000000	21433552 00000000																
	D																	
	35533411																	
	B																	
	11433553																	
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		



Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,50 DH

**Dr. NAJEH Khadija**

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie

Bilans Allergologiques et

explorations respiratoires

Ancienne Pédiatre au CHU Averroès

et à l'hôpital Moulay Youssef



**الدكتورة ناجح خديجة**

اختصاصية في طب الطفل والرضيع

وفي أمراض الحساسية

تحليلات الحساسية و التنفس

طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى

ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le

24/11/2025

الدار البيضاء، في

TARBAR Rayan

453-

(1) Vétérin

S.i.

19.0000 2M → 4 → h -

(2) Femur

S.i.

195,00 1 saillir > 81 → h -

(3) Aen -

7  
S.i.

95,00 1 p 12 -

(4) Xyjull

S.i.

PHARMACIE MAZOLA

PHARMACIE MAZOLA  
Mme BENAZZOZUZ Ibtissam  
1 Rue 4 Mazola Casablanca

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربيع وشارع المبارك، عماره 5 شقة 10 الطابق الثاني - الدار البيضاء

Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5

App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32

453-30

**RIBBLEBREAK**



orange &c.  
**Enfant**

90,50  
LOT 191998 2  
EXP 09 2023  
PPV 30 50\*

**PHARMED**  
LOT : 7069  
UT.AV:12-22  
PPV:19DH00



**Pharmed**  
Laboratoires Pharmaceutiques



**Voie Orale**

**PHARMED**  
LOT : 7069  
UT.AV:12-22  
PPV:19DH00



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Maphar  
Km 10, Route Cotière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Zeclear 25mg/ml gile susp buv  
P.P.V : 98,90 DH

118001 182862