

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° P19-

ND: 2884

065172

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

4672

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUASSINI Abdellah

Date de naissance :

01-01-1948

Adresse :

Riyad Rahoma

Gille Rahoma

Tél. :

06 96 78 78 73

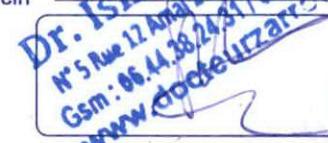
Total des frais engagés :

4461,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : NAIMA Rahoma Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite Mains Déformante !

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 : 29/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

S. de la

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-065172

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
13/05/2020	29	100	100	Dr. Ismail ZARROU N°5 Rue 12 Anaf 2 Sidi Béniouss Casablanca Gsm : 06.44.38.24.11 / 06.12.06.05.65 www.docteurzarrou.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ismail ZARROU N°5 Rue 12 Anaf 2 Sidi Béniouss Casablanca Gsm : 06.44.38.24.11 / 06.12.06.05.65 www.docteurzarrou.com	23.05.20	709,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE ANALYSES MEDICALES 73 79 42 22 06 21 89 06 09	29/05/2020	3752,00	0H

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

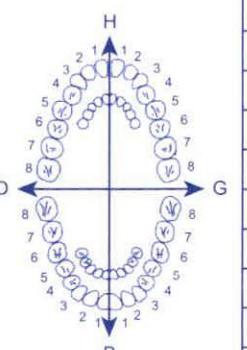
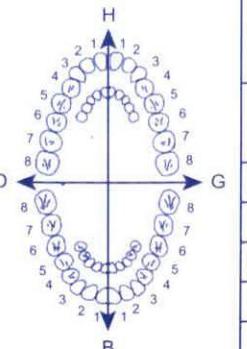
VOLET ADHERENT	
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.	

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 de l'ORL.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ISMAIL ZARROU
CABINET DE CONSULTATION MÉDICALE
GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE
UNITÉ DE CHIRURGIE DU CABINET - PARIS CORBONNE
AMAL 2, RUE 12, N° 5/S/B CASABLANCA -
URGENCES : 06.44.38.24.31 - BUREAU : 08.08.52.72.09
SANS R.D.V : 9H00-13H00 - SUR R.D.V : 13H00-19H00 -
CONSULTATIONS À DOMICILE - WWW.MASSAHA.COM WWW.DOCTEURZARROU.COM



ORDONNANCE

29 MAI 2020

NOM PRENOM JAOUANI NAIMA
58A2M17J
POIDS 82 TAILLE 167 CM IMC 29 SURPOIDS

60.00 x 3 = 180.00



FERPLEX 40 MG

1 FLACON PAR JOUR PENDANT 3 MOIS



56,30 x 3 = 168,90

D-CURE 25000 UI, AMPOULE BUVALE

AMPOULE PAR SEMAINE PENDANT 3 MOIS

56,30 DH
19K13/B
11/2021

56,30 DH
19K13/B
11/2021

56,30 DH
19K13/B
11/2021

SIGNATURE

Dr. Ismail ZARROU
N° 5 Rue 12 Amal 2 Sidi Benoussi Casab
Gsm : 06.44.38.24.31 / 06.12.06.05.65
www.docteurzarrou.com





DR. ISMAIL ZARROU
CABINET DE CONSULTATION MÉDICALE
GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE
UNITÉ DE CHIRURGIE DU CABINET – PARIS SORBONNE
AMAL 2, RUE 12, N°5 S/B CASABLANCA –
URGENCES : 06.44.38.24.31 - BUREAU : 08.08.52.72.09
SANS R.D.V : 9H00-13H00 - SUR R.D.V : 13H00-19H00 –
CONSULTATIONS À DOMICILE - WWW.MASSAHA.COM WWW.DOCTEURZARROU.COM



ORDONNANCE

13 MAI 2020

NOM PRENOM NAIMA JAOUANI

S8A2M17J

POIDS 82 TAILLE 167 IMC = 29.5 SURPOIDS

NFS PQ FERRITINE

IONOGRAMME COMPLET

VS CRP

UREE CREAT + TRANSAMINASES GGT PAL + TSH T3 T4

VIT D

+ FACTEURS RHUMATOÏDE

+ AC ANTI NUCLÉAIRES AC ANTI PEPTIDES CITRULLINES CYCLISES

LAEORATOIRE
D'analyses Médicales
AL MOUNA LAMBIO
Tél : 05 22 73 79 45

Dr. Ismail ZARROU
N° 5 Rue 12 Amal 2 Sidi Benouss 1022
Gsm : 06.44.38.24.31 / 06.12.06.05.65
www.docteurzarrou.com

SIGNATURE

LABORATOIRE AL MOUNA D'ANALYSES MEDICALES LAMBIO

Dr Mouna Lahsoune - Médecin Biogiste

81, Bd. Souhaib Eroumi Amal 1, 1 er Etage - Bernoussi - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 73 79 45

ICE : 002003473000025 IF : 24915372 INPE : 0971640324

Facture

N° facture : 20-2036

Édité le : 30/05/2020

Patient : Mme JAOUANI Naima

Date prélèvement : 29/05/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	80,00
Ferritine	200	200,00
VITESSE DE SEDIMENTATION	30	30,00
Urée	30	30,00
Créatinine	30	30,00
Sodium	30	30,00
Potassium	30	30,00
Chlore	30	30,00
Calcium	40	40,00
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	40	40,00
SGPT (Alanine Aminotransférase)	50	50,00
Gamma G.T.	50	50,00
Phosphatases Alcalines	100	100,00
PROTEINE C REACTIVE (CRP)	200	200,00
TSH us	200	200,00
T3 Libre	200	200,00
T4 Libre	300	300,00
Vitamine D (25 Hydroxycholécalciférol) - D2 + D3	250	250,00
Anticorps anti-nucléaires	250	250,00
Ac Anti-Peptides Citrullinés Cyclisés	80	80,00
Facteur Rhumatoïde		

LABORATOIRE
Analyses Médicales
AL MOUNA LAMBIO
Tél : 05 22 73 79 45

LABORATOIRE AL MOUNA D'ANALYSES MEDICALES LAMBIO

Dr Mouna Lahsoune - Médecin Biogiste

81, Bd. Souhaib Eroumi Amal 1, 1 er Etage - Bernoussi - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 73 79 45

ICE : 002003473000025 IF : 24915372 INPE : 0971640324

Total B	2800	
APB	1.34	10,00
Majoration de garde		
Total		3752.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Trois mille sept cent cinquante-deux Dirhams *****

LABORATOIRE
D'analyses Médicales
AL MOUNA LAMBIO
Tél : 05 22 73 79 45