

# 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

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

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

183259

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002441

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12953 Société : RAM

#### Actif

#### Pensionné(e)

#### Autre :

Nom & Prénom : ELNARZOUGUI Zineb Date de naissance : 03/03/1987

Adresse : 24, Rue La Pyramide ETG3 APP7 Belvédère

Tél. : 0655 31 36 05 Total des frais engagés : 952,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : ELNARZOUGUI Zineb Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection genitale

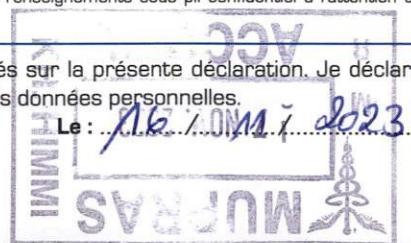
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) : Zineb



#### **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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09.11.23        |                   | 2 + 250               | 450.00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <b>HARMACIE ERRAMANI</b><br><b>KETTANI Houda</b><br>Docteur en Pharmacie<br>101, Bd EL Hashem El Flouf<br>Tadont California Casablanca<br>02 30 31 / 08 08 38 Cr | 29.11.23 | 502,05                |

#### **ANALYSES - RADIographies**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

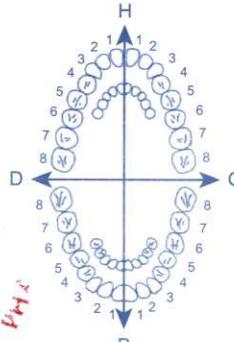
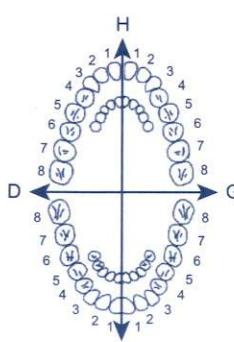
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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                            |
|---|---|---|--|
|    |   |   | Coefficient des travaux<br>[Empty box] |
|   |   |   | Montants des soins<br>[Empty box]      |
|   |   |   | Début d'exécution<br>[Empty box]       |
|   |   |   | Fin d'exécution<br>[Empty box]         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |  |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>B<br>35533411                                     | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | Coefficient des travaux<br>[Empty box] |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |  |
|   |   |   | Montants des soins<br>[Empty box]      |
|   |   |   | Date du devis<br>[Empty box]           |
|   |   |   | Date de l'exécution<br>[Empty box]     |

**Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI**  
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien médecin interne  
au CHU Ibn Rochd

**الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي**  
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد



خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا  
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

- 9 NOV 2023

Casablanca le ..... الدار البيضاء في .....

Nom et Prénom :

Gh. Nouzoujnia Zi ned



Félejra 2 fell Nâtu à Jai

2 mois

125,50 x 4  
502,00

Dr. K. KABBAJ GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE  
400, Bd. Zerkouni, Hassan II, Casablanca  
Tél. : 05 22 47 16 89

**PHARMACIE ERRAHM**  
KETTANI Houda  
Docteur en Pharmacie  
101, Bd. El Hachemi El Filali  
Ex. Taddert California - Casablanca  
Tél. : 05 22 52 30 51 / 08 08 38 99 58

Lot N° : FL17

Exp : 01/2026

PPC : 125,50 DH

Lot N° : FL17

Exp : 01/2026

PPC : 125,50 DH

PPC : 125,50 DH

Exp : 01/2026

Lot N° : FL17

Lot N° : FL17

Exp : 01/2026

PPC : 125,50 DH

**Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI**  
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca  
Ancien médecin interne au CHU Ibn Rochd



**الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي**  
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقاً  
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le ..... الدار البيضاء في .....

Nom et Prénom : El Aaroussi Zieb

**Compte-rendu d'échographie  
Gynécologique**

- A vessie .....

- Utérus : Antéposé Globuleux  
Structure hémisphérique

Mesure d'endométrium utérin : 8 mm

• dimensions : 60 mm / 45 mm 28 mm

• ligne de vacuité : Dyne Type O.

• endomètre mesurant ..... mm

- Ovaires vus :

• droit = RAS

• gauche = Endométrium 66 mm

- Cul de sac de Douglas : Cessément nisté

\* Conclusion : A l'exception des j

**Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI**  
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien médecin interne  
au CHU Ibn Rochd



الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي  
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le ..... 09.11.23 ..... الدار البيضاء في

**FACTURE N° 0004242**

*Nom et Prénom : EL MERZOUGUI Zineb*

*Examen : Consultation + Gélographie*

*Effectué le : 08.11.23*

*Au prix de : 150.00*

*Arrêtée la présente facture à la somme :*

*quatre cent cinquante dirhams*

**Mode de paiement :**

**Chèque**

**Espèces**

إقامة بيزنس بلازا، رقم 400 شارع الزرقطوني (إتجاه مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء  
Business Plaza, N° 400 Bd. Zerkouni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage, N° 14 - Casablanca

البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 47 16 89 - E-mail : kabbaj\_ghita2008@yahoo.fr

T.P : 35490672 - I.F : 15233250 - I.C.E : 000104498000090