

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.
- Le 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.



Déclaration de Maladie

M23-020758

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13131 Société : RAFI
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Soukaina Ezzenzari
 Date de naissance : 19/07/2024
 Adresse :
 Tél. : 06-66 17-87-50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/07/2024
 Nom et prénom du malade : Soukaina Ezzenzari Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Accouchement par césarienne
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 19/07/2024

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
13/01/24	15.100		535,500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/01/24

726,00

INPE 112094685

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

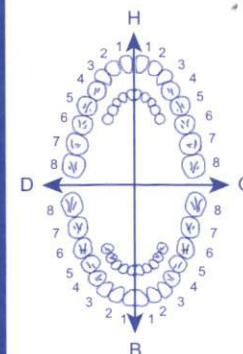
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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. KAMRI Mohamed Zakaria
Gynécologue Obstétricien

Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Médecin au CHU de Charleroi

Suivi de grossesse et accouchement

Echographie pelvienne et obstétricale

Hystérocopie - Colposcopie

Coeliochirurgie - Chirurgie vaginale

Chirurgie des cancers gynéco-mammaires

Maladies du sein - Infertilité



الدكتور قمرى محمد زكرياء

طبيب إخصائي في أمراض النساء والتوليد

فريق كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بشاغلفوا

مراقبة الحمل والتوليد - الفحص بالصدى

فحص عنق وبطانة الرحم بالمنظار

الجراحة بالمنظار - الجراحة المهبلية

جراحة سرطان الثدي وجهاز تناسل المرأة

أمراض الثدي - العقم

El Jadida, Le

21 / 01 / 24.

EZZENFARI soukain

124.

11 Levamea 1g

1 sachet 2x21 (8j)



347.

21 NOREA 0,4



132.

21 50x21 1g



40.

31 Tardyferon 80mg



42.

1mp 2x21 11mes

1mp 2x21

21g du PP



19, Centre ibn Badis B, avenue ibn badis, El Jadida - الجيد - شارع ابن باديس ب - 19

Tel./Fax: 0523 37 01 72 - E-Mail: drkamrimohamedzakaria@gmail.com

Urgences : 0523 39 51 11 مستعجلات

PPV 124DH00

LOT 2D020 4
EXP 05/2025

LOT 232832
EXP 09 2025
PPV 347,00 DH

347,00

LOT 231311 2
EXP 04 2025
PPV 132,00 DH

132,00



6 118001 103041

319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH



6 118001 103041

319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Composition en substances actives :

Désogestrel micronisé..... 0,075 mg

Exipients à effet notoire :

Lactose Monohydrate.

Forme Pharmaceutique et contenu :

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

Mode et voie(s) d'administration :

Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mises en gardes spéciales :

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Précautions particulières de conservation.

Conserver les plaquettes thermoformées dans l'emballage extérieur.

Lot:
Per:
PPV:

LF30131B
03/2025
42 DH 00

1x28

6 118001 040711

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
الرجاء مراعاة الجرعة المقررة

Liste I (Tableau A)

El Jadida, Le.....

EL JADIDA, LE 19/01/2024

NOTE D'HONORAIRES MEDECIN
CHIRURGIEN :

POUR Mme EZZENFARI SOUKAINA

POUR K100*30=3000 Dhs

(TROIS MILLE DIRHAMS)

Dr. KAMEL Mohamed Zakaria
Chirurgien Plasticien
19, Avenue Ibn Badis - El Jadida
Tél./Fax : 0523 37 31 72

El Jadida, Le.....

EL JADIDA, LE 19/01/2024

NOTE D'HONORAIRE MEDECIN
ANESTHESISTE :

POUR Mme EZZENFARI SOUKAINA

• POUR K50*30= 1500 Dhs

(MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

Dr EL AOUD Fatima Ezzahra
Specialiste
Anesthesie et Reanimation

El Jadida, Le.....

EL JADIDA LE 19/01/2024

NOTE CONFIDENTIELLE :

Mme EZZENFARI SOUKAINA

Présente un accouchement Césarienne

(DFP)

K100

Dr. Mohamed Zakaria
Gynécologue - Obstétricien
19, Centre Ibn Badis - El Jadida
Tél./Fax : 0523 39 51 12

El Jadida, Le.....
EL JADIDA LE, 19/01/2024

NOM : **Mme EZZENFARI SOUKAINA**
DIAGNOSTIC : Accouchement par **CESARIENNE**

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Incision type PFANNENSTIEL ;
- Hystérotomie segmentaire transverse ;
- Extraction céphalique d'un NNE ;
- APGAR 10/10 ;
- Délivrance artificielle, révision utérine négative ;
- Hystérorraphie par fil de vicryl n°1 ;
- Vérification d'hémostase, Péritonisation,
FPPP.

Signature :



EL JADIDA LE 19/01/2024

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tel: 0523 39 51 11 / 12

CERTIFICAT DE NAISSANCE

Je soussigné, Dr KAMRI MOHAMED ZAKARIA, certifie que

Mme EZZENFARI SOUKAINA, CIN N° M512484, a accouché le
19/01/2024 à 09H20 au sein de notre clinique IBN BADIS-EL
JADIDA d'un nouveau-né vivant sexe FEMININ /p : 3800 g.

Ce certificat est délivré aux intéressés pour servir et valoir ce
que de droit.

SIGNATURE DU MEDECIN

Dr KAMRI Mohamed Zakaria
Généraliste Obstétricien
19, Centre Ibn Badis - El Jadida
Tél./Fax : 0523 39 51 11 / 12

Clinique Ibn Badis

10, Bd Ibn Badis - El Jadida

مصحة ابن باديس

10, شارع ابن باديس - الجديدة

Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 Fax : 0523 37 31 25

Site web : www.cliniqueibnbadis.com

E-Mail : cliniquebadis@gmail.com

Patente: 42116055 - IF: 40434237 - RC: 3223 - CNSS: 8869284 - ICE: 000226592000097

CLINIQUE IBN BADIS

Spécialités Polyvalentes
URGENCE 24/24

F A C T U R E

N° : 187 / 2024 du 24/01/2024

Numéro dossier : 4A181219

Médecin traitant : DR. KAMRI MED ZAKARIA

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme EZZENFARI SOUKAINA	Payant	19/01/24 21/01/24

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SEJOUR		3,00	400,00	1 200,00
BLOC OPERATOIRE	K100	100,00	25,00	2 500,00
			Sous/Total	3 700,00
PHARMACIE		1,00	1 300,00	1 300,00
			Sous/Total	1 300,00
Total clinique				5 000,00

DR. KAMRI MED ZAKARIA (gynecho)	K100	100,00	30,00	3 000,00
DR. EL AOUD FATIMA EZZAHRA (anesthésie)	K50	50,00	30,00	1 500,00
			Sous/Total	4 500,00
Total autres prestations				4 500,00

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL	9 500,00
NEUF MILLE CINQ CENTS DIRHAMS					
Encaissé espèce.	Encaissé chèque	Total	Solde		
9 500,00		9 500,00			

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tel: 0543 93 51 11 / 12

EL JADIDA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **Mme EZZENFARI SOUKAINA**

Chambre : **CH 31**

Médecin traitant **KAMRI MED ZAKARIA**

Prise en charge **Payant**

Date entrée **19/01/2024**

Date sortie **21/01/2024 12:23**

Le caissier

L'infirmier

Le major

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tél: 05 23 93 51 11 / 12