

# 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 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.



## 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 Ezzefni

194018

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-66-11-87-50

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/01/2014

Nom et prénom du malade : Ezzefni Soukaina 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 : .....

Le : 19/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : SZ

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient des Honoraires	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/01/24	K100		133500,-	<i>Signature</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHAMPS</i> Atte. Pharm. El Jadida El Jadida, El Jadida Tel. 05.23.38.34.44	24/01/24	726,00

INPE 112094685

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

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

Échographie pelvienne et obstétricale

Hystéroscopie - Colposcopie

Coeliochirurgie - Chirurgie vaginale

Chirurgie des cancers gynéco-mammaires

Maladies du sein - Infertilité



الدكتور قمرى محمد زكريا

طبيب انتهاىي فى امراض النساء والتوليد

مخرج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بالستشفى الجامعى بتاليفوا

مراقبة الحمل والتوليد - الفحص بالصدى

فحص عنق وبطانة الرحم بالمنظار

الجراحة بالمنظار - المراجحة المهبليه

جراحة سرطان الثدى وجهاز تناسل المرأة

أمراض الثدى - العقم

El Jadida, Le 21/01/24.

EZZENFAZI soukainz

S.V

11 Levomea 1g.

S.V

1 sachet 1/2 (8)

S.V

36x 21 norrea 0,4

S.V

132 50x 21 mg/3

40' 31 Throlyferen 80 mg.

S.V

1 - p x 2/1 & (11 mes)

1 - p 2 pth  
21 j. du PP

SAFED

Mohamed ZAKARIA

Centre Ibn Badis B. avenue Ibn Badis

El Jadida 26000  
Tél. / Fax : 0523 37 01 72 - E-Mail : drkamrimohamedzakaria@gmail.com

19، مركز ابن باديس بـ-شارع ابن باديس - اقى باديس - 26000

مستعجلات : 0523 39 51 11

PPV 124DH00

LOT 2D020 4  
EXP 05/2025

LOT 232832  
EXP 09.2025  
PPV 347,00 DH

347,00

LOT 231371 2  
EXP 04.2025  
PPV 132,00 DH

132,00



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

319334

6 118001 103041

319334

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

PPV 132,00 DH

PPV : 40,50 DH

PPV: Lot:  
Per:

LF30131B  
03/2025  
42 DH 00

**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 garde spéciales :**

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

**Précautions particulières de conservation.**

Conserver les plaquettes thermoformées dans l'emballage extérieur.

1x28

6 118001 040711



Liste I (Tableau A)

El Jadida, Le.....

EL JADIDA, LE 19/01/2024

NOTE D'HONORAIRE MEDECIN  
CHIRURGIEN :

POUR Mme EZZENFARI SOUKAINA

POUR K100\*30=3000 Dhs  
(TROIS MILLE DIRHAMS)

Dr KABRI Néchmed Zakaria  
Chirurgien Général - El Jadida  
19, Bd Ibn Badis - El Jadida  
Tél./Fax : 0523 39 51 12

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  
Spécialiste  
Anesthésie et Réanimation

El Jadida, Le.....

EL JADIDA LE 19/01/2024

NOTE CONFIDENTIELLE :

Mme EZZENFARI SOUKAINA

Présente un accouchement Césarienne

(DFP)

K100

Dr. YOUSSEF Mohamed Zakaria  
Gynécologue obstétricien  
19, Centre Ibn Badis - El Jadida  
Tél./Fax : 0523 39 51 11 - 0172

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:



Dr. KAMILATOU ABDELLATIF ZATARIA  
Médecin Généraliste  
Centre de Santé Ibn Badis  
El Jadida  
Tél: 0523 39 51 11  
Fax: 0523 37 31 25  
Site web : [www.cliniqueibnbadis.com](http://www.cliniqueibnbadis.com) - E-Mail : [cliniquebadis@gmail.com](mailto:cliniquebadis@gmail.com)

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  
Gynécologue Obstétricien  
19, Centre IBN BADIS - El Jadida  
Tél./Fax : 0523 39 51 11 / 12

Clinique Ibn Badis

10, Bd Ibn Badis - El Jadida

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

Site web : [www.cliniqueibnbadis.com](http://www.cliniqueibnbadis.com) E-Mail : [cliniquebadis@gmail.com](mailto:cliniquebadis@gmail.com)

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

مصحة ابن باديس

شارع ابن باديس - الجديدة

# CLINIQUE IBN BADIS

Spécialités Polyvalaentes  
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				
BLOC OPERATOIRE	K100	3,00 100,00	400,00 25,00	1 200,00 2 500,00
PHARMACIE		1,00	1 300,00	1 300,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>3 700,00</b>
			<b>Sous/Total</b>	<b>1 300,00</b>
			<b>Total clinique</b>	<b>5 000,00</b>
DR. KAMRI MED ZAKARIA (gynécho)	K100	100,00	30,00	3 000,00
DR. EL AOUD FATIMA EZZAHRA (anesthésie)	K50	50,00	30,00	1 500,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>4 500,00</b>
			<b>Total autres prestations</b>	<b>4 500,00</b>
Arrêtée à la somme de :				
NEUF MILLE CINQ CENTS DIRHAMS				
Encaissé espèce.	Encaissé chèque	Total 9 500,00	Solde	TOTAL GENERAL 9 500,00

CLINIQUE IBN BADIS  
SERVICE FACTURATION  
Tél: 0533 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*  
SERV. DE FACTURATION  
Tél: 0523 93 51 11 / 12