

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0013436

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHERICHEB LAMIA
 Date de naissance : 28/08/1969
 Adresse : Lotissement N°12 Rue 1 n°96 Casablanca
 Tél. : 0661693351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2023
 Nom et prénom du malade : CHERICHEB LAMIA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabète aléatoire au vu de l'acte
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

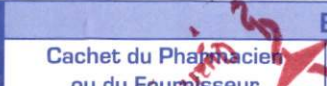
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.01.23	76,70

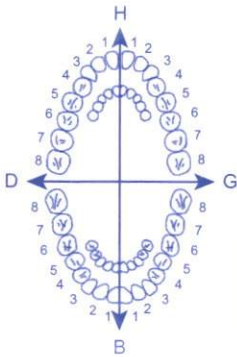
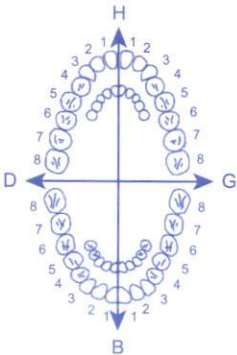
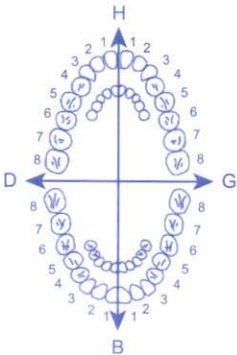
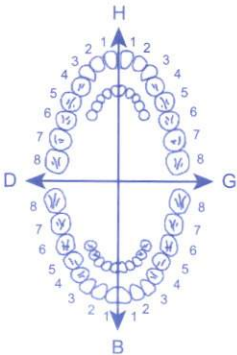
[illegible][illegible]

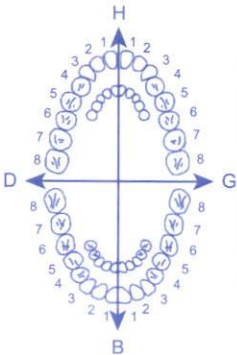
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.

36.70

Diplôme Un. ~~de~~ gynécologie Medical
d'at. fac. de Bordeaux
Stérilité et fertilité du Couple
Colposcopie
Echographie Générale
Electrocardiogramme

مرادة

EFFIPRED® 20 mg

PPU 400H00
EXP 10/2025
LOT 20018 11

جامعة بوردو

دبلوم جامع

ظار

فح

الفحص بـ ~~بـ~~ صوتي

التخطيطات القلبية

16/01/2023

Casablanca, Le : : الدار البيضاء في

Mme Chebicheb Lamia

36.70
ANXIOL

1/4 comprimé matin et , 1/2 comprimé le soir, avant le repas, pendant 8 jours

EFFIPRED 20MG

3 comprimés le matin pd 3 j

40.90

76.70

4806 S.V.

S.V.

PHARMACIE OXYGENE
SOUAD DEMNI TAZI
1 bis, Bd Panoramique
Casablanca - Tél. 022 26 50 22

Dr. Asmae BERRADA
159, Bd El Hank Bourgogne
Lahjajma Appt. 24 - Casablanca
Tél. 05 22 26 50 22



159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahjajma - Casablanca



Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 ✉ berrada.asmae65@gmail.com

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale

Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux

Stérilité et Fertilité du Couple

Colposcopie

Echographie Générale

Electrocardiogramme

Casablanca, Le :

16/01/2023

الدكتورة أسماء برادة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

الدار البيضاء في :

M-CHERBACH
LAMIA

douleur atypique au nu dorsal.

Rx 5° la colonne vertébrale.

dorsal

Dr. FADWA TAGHY
Radiologie
Radiologie Diagnostic
220. Boulevard de la Casablanca
Tel : 0522 20 62 36
Ice: 002234648000013

Dr. Asmae BERRADA
159, Bd. Bourgogne
Lahajma Appt. 24 - Casablanca
Tel. 05 22 26 50 22



159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahajma - Casablanca



Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 ✉ berrada.asmae65@gmail.com

Dr Fadwa TAGHY
Radiologue

IRM (sur rdv)

Scanner Multibarrettes

Angio-scanner

Coloscopie virtuelle

Dentascanner

Radiologie Générale

Echographie

Echo Doppler

Radiologie Interventionnelle

Mammographie Numerique

Panoramique Dentaire Numerique

Casablanca, le 16/01/2023

Facture N° 130/2023

Nom patient : MME CHEBICHEB LAMIA

Examen(s) réalisé(s) :

RACHIS DORSAL FACE ET PROFIL

Montant Total: 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cents Dirhams

Règlement : Espèce

Cabinet de Radiologie Ziraoui
220 boulevard Ziraoui - Casablanca

Tél/Fax : 0522.206.236

Gsm : 06 45 15 54 15

radiologieziraoui@gmail.com

<http://www.radiologieziraoui.com>

I.F. : 34409333

I.C.E. : 002234646000013


Dr. FADWA TAGHY
Radiologue
220. Boulevard Ziraoui
Tél : 0522 20 62 36
Ice: 002234646000013

Dr Fadwa TAGHY
Radiologue

Casablanca, le 16/01/2023

Patient : MME CHEBICHEB LAMIA
Prescripteur: DR ASMAE BERRADA

RADIOGRAPHIE DU RACHIS DORSAL F/P

Absence d'anomalie de la statique dorsale.

Arthrose somatique en D8-D9 et D9-D10.

Absence de lésion osseuse focale ou de tassement vertébral.

Intégrité des espaces intersomatiques.

Intégrité du mur postérieur.

Absence d'anomalie des parties molles.

AU TOTAL :

Arthrose dorsale modérée en D8-D9 et D9-D10

Avec mes sincères salutations

Dr TAGHY.F

DR. TAGHY F.
RADIOLOGIE ZIRAOU
220 Boulevard Ziraoui - Casablanca
Tél: 05 22 22 20 36
ICE: 00223464600013

Cabinet de Radiologie Ziraoui

220 boulevard Ziraoui - Casablanca

Tél/Fax: 0522 206 236

fadwataghy@radiologieziraoui.com

http://www.radiologieziraoui.com

I.F. : 34409333

I.C.E. : 00223464600013