

## 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 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.

### 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.

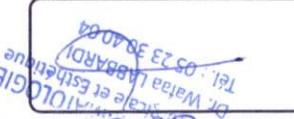
**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

N° W21-797367

81466

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12650		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHOUKH OUSSAMA			
Date de naissance : 3 Juin 1989			
Adresse : Résidence Les Orchidées 3 App. 6 Im. S 7e étage			
Tél. : 05 13 27 60 95		Total des frais engagés : 1638 Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

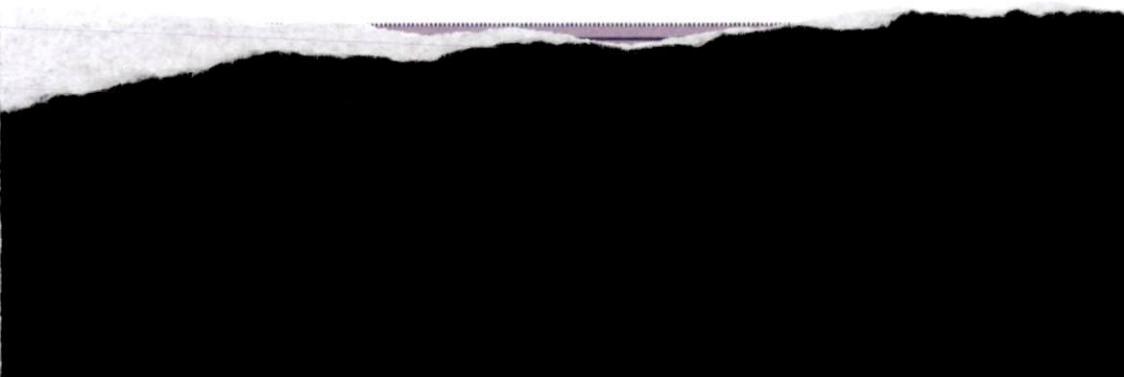
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Waleed EL BABAADI Médecin et Opticien Tél. 05 22 20 45 45			
Date de consultation : 20/10/2023			
Nom et prénom du malade : OUSSAMA KHOUKH			
Age : 34 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dermatoses			
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 : 20/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

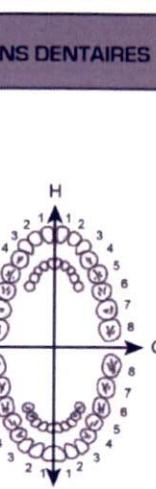
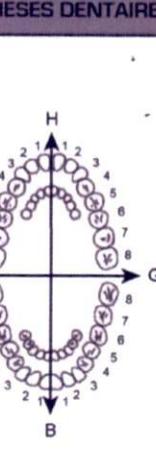
Le : 20/10/2023



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
26/10/2023	DS		300,00	INP : 186619
				DRM/ATOLOGIE DE LA MÉDECINE SOCIÉTÉ LABORATOIRE 05/23/2040

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.10.2023	618,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																					
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>															
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411	G		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		H	25533412	21433552																	
		D	00000000	00000000																	
		G		00000000																	
B		35533411																			
G		11433553																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

## CABINET DE DERMATOLOGIE

Dr. Wafaa LABBARDI

Lauréate de la faculté de Médecine

de casablanca

Ancienne Interne au CHU Casablanca



## عيادة أمراض الجلد الدكتورة لبردي وفاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي الدار البيضاء

- أخصائية في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر

- الأمراض التنسائية

- الأمراض الجلدية عند الأطفال

- حساسية الجلد

- الطب التجميلي - العلاج بالليزر

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Dermatologie-Vénérologie
- Dermatologie-Allergologie
- Dermatologie Pédiatrique
- Dermatologie Esthétique - Laser

Mohammedia le : ..... المحمدية في :

KHOUKH ASSATA  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Wafaa LABBARDI  
Tél: 05 23 30 40 04  
CABINET DE DERMATOLOGIE  
Médico-chirurgicale et Esthétique

ASAT - ALAT

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
LA COLLINE  
Dr. CHAMI - PHARMACIENNE - BIOLOGISTE  
N°75, Lot Chehaouta, BD Sebta  
Mohammedia - Tél: 05 23 28 32 94

CABINET DE DERMATOLOGIE  
Médico-chirurgicale et Esthétique  
Dr. Wafaa LABBARDI  
Tél: 05 23 30 40 04

الطابق الثاني الشقة 12 العالية المحمدية (A) شارع محمد السادس إقامة رياض فضالة 2 العماره

Bd. Mohammed IV, Résidence Riad Fdala 2, Bâtiment A, 2 ème Etage, Appt 12, El Alia, Mohammedia



+212 5 23 30 40 04



+212 642 532 202



wafaalabbardi@gmail.com

Patente : 39297340 - IF : 248109948 - ICE : 001959636000030 - CNSS : 5506491 - INPE : 091186619

Lot N°  
PPV  
Exp

199,00

Lot N°  
PPV  
Exp

199,00

TERFINE® 250 mg Promopharm  
Terbinafine  
28 comprimés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242123

TERFINE® 250 mg Promopharm  
Terbinafine  
28 comprimés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242123

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés  
dispersibles

PPV 110DH00  
EXP 03/2025  
LOT 2N017 1

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés  
dispersibles

PPV 110DH00  
EXP 03/2025  
LOT 2N017 1

DOXYMYCINE® 100 mg  
30 comprimés dispersibles



6 118000 032403

DOXYMYCINE® 100 mg  
30 comprimés dispersibles



6 118000 032403

# CABINET DE DERMATOLOGIE

Dr. Wafaa LABBARDI

Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca  
Ancienne Interne au CHU Casablanca



عيادة أمراض الجلد  
الدكتورة لبردي وفاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي الدار البيضاء

- أخصائية في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر

- الأمراض التنسالية

- الأمراض الجلدية عند الأطفال

- حساسية الجلد

- الطب التجميلي - العلاج بالليزر

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Dermatologie-Vénérologie
- Dermatologie-Allergologie
- Dermatologie Pédiatrique
- Dermatologie Esthétique - Laser

Mohammedia le :

20/10/23

المحمدية في :

10,00x2

1- Doxycycline

lady SV

141. in xodHui

2- Body tone white lait

SV

1- 1/2 Det.

199,00x2

SV

Hidi xodHui

618,00

Terfia

SV

1000

CABINET DE DERMATOLOGIE  
Néuro-chirurgicale et Esthétique  
Dr. Wafaa LABBARDI  
Tél. : 05 23 30 40 04

Dr. WAFAA LABBARDI  
CABINET DE DERMATOLOGIE  
Néuro-chirurgicale et Esthétique  
Dr. Wafaa LABBARDI  
Tél. : 05 23 30 40 04  
L'AGENCE PHARMA  
DOCTEUR NEIL HABIBI  
Bd. MOHAMMED IV, RESIDENCE RIAD FDALA 2, BATIMENT A, 2 EME ETAGE, APPART 12, EL ALIA, MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 32 01 10

الطابق الثاني الشقة 12 العالية المحمدية (A) شارع محمد السادس إقامة رياض فضالة 2 العمارة

Bd. Mohammed IV, Résidence Riad Fdala 2, Bâtiment A, 2 ème Etage, Appt 12, El Alia, Mohammedia



+212 5 23 30 40 04



+212 642 532 202



wafaalabbardi@gmail.com

Patente : 39297340 - IF : 248109948 - ICE : 001959636000030 - CNSS : 5506491 - INPE : 091186619

# LABORATOIRE LA COLLINE D'ANALYSES MEDICALES

N° 75, L'olissement Chéchaoua, Boulevard Sétif, El Aïn  
Tel : 05 23 28 32 94 Email : labcolline@gmail.com

## Facture

Mohammedia , le 20/10/2023

N° facture : 2023-5090

Édité le : 20/10/2023

Patient : Mr KHOUKH Oussama

Date prélèvement : 20/10/2023

ICE : 002889499000045  
IF : 25203756  
INPE : 093061588

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
GOT	SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	50	55,00
GPT	SGPT ( Alanine Aminotransférase )	50	55,00
S	Prélèvement sang veineux	1	10,00
<b>Total B</b>		100	
<b>Total dossier</b>			120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent vingt dirhams\*\*\*

LABORATOIRE LA COLLINE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr CHAM, HARMACHENNE, BLOOGISME  
Mohammedia, Tel: 05 23 28 32 94



# LABORATOIRE LA COLLINE

## D'analyses Médicales

مختبر التحاليل الطبية لا كولين

Dr. Sanaa CHAMI - Dr. Salma CHAMI

- Hématologie • Biochimie • Immunologie • Serologie
- Bacteriologie • Virologie • Parasitologie • Mycologie



Mohammedia , le 20/10/2023

### Compte rendu d'analyses

Pvt du: 20/10/2023 13:40

Nom : Mr KHOUKH Oussama

Demandé par Dr : WAFAA LABBARDI

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	:	18,64 UI/l	( Inférieur à 40 ) 23,00 (27/05/22)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	15,99 UI/l	( Inférieur à 41 ) 23,10 (27/05/22)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
LA COLLINE  
Dr. CHAMI - DR. CHAMIENNE - BIOLOGISTE  
N°75, Lotissement Chehaoua, Boulevard Sebta, El Alia - MOHAMMEDIA  
Mohammedia - Tel: 05.23.28.32.94

*Dr CHAMI*

*Nous vous remercions de votre confiance*

رقم 75 ، تجزئة شحاوطة ، شارع سبتة. العالية. المحمدية  
N° 75, Lotissement Chehaoua, Boulevard Sebta, El Alia - MOHAMMEDIA

05.23.28.32.94 E-mail : labocolline@gmail.com

*Nous vous remercions  
de votre confiance*