

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.

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 26 84 | Société : | Royal air Maroc |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BenCheikh Nouzha | | | |
| Date de naissance : | 20-08-54 | | |
| Adresse : 26B apt 4 Golf city ville verte Bouskoura | | | |
| Tél. : | 0663114910 | Total des frais engagés : | Dhs |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin | | | |
| Date de consultation : | 26/12/2022 | | |
| Nom et prénom du malade : BEN CHEIKH Nouzha Age: 65 | | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Dolores l'allez inflamme | | | |
| 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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/12/22

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE CHAMOK Dr ZINE EL ABIDINE KADDOU Km 14 Dour Ouled Malek Miskoura Casablanca Tél 035 74 03 00 Anfaous, Casablanca STOURA | 05/12/22 | 01,60 179,80 |

| ANALYSES - RADIOPHARMACIES | | | |
|--|----------|---------------------------------|----------------------------|
| Reçu et signature du laboratoire d'analyses médicales Tél.: 0522 78 13 07 | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 08/12/22 | B.130 | 150,00 ₧ INPE : 0930635 |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---|------------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CCEFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur FAHMI Zineb

- Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Casablanca
- Ancien Médecin Interne à L'hôpital Ben M'sik Casablanca
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat en Dibétologie
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca en Médecine de Travail

Médecine Générale - Echographie Clinique - Électrocardiogramme (ECG)



الدكتورة فهمي زينب

خريجية كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة مستشفى ابن مسick بالدار البيضاء
حاصلة على دبلوم داء السكري بكلية الطب والصيدلة بالرباط
حاصلة على دبلوم طب الشغل بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
الطب العام - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

ORDONNANCE

Bouskoura le : 05/10/2028

D me BÉNÉFICIE N°
Dorin de Prince
DVS
D CRP
Dr. Fahmi Zineb
Médecine générale
Diar Al Andalous GH 5 Immeuble 11 Cabinet N° 04
Bouskoura - Nouaceur - Tél. : 0522 102 467
E-mail : drfahmi.zineb@gmail.com
INPE : 093063840

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél. : 0522 7813 07

Docteur FAHMI Zineb

- Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Casablanca
- Ancien Médecin Interne à L'hôpital Ben M'sik Casablanca
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat en Diabétologie
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca en Médecine de Travail

Médecine Générale - Echographie Clinique - Électrocardiogramme (ECG)



الدكتورة فهمي زينب

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن سينا بالدار البيضاء
حاصلة على دبلوم داء السكري بكلية الطب والصيدلة بالرباط
حاصلة على دبلوم طب الشغل بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طلب العام - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

ORDONNANCE

Bouskoura le : 09/12/2022

Mme BENCHIKHI Hocdhr

96,80

SV

D Adimy cire 25
Ac + 318

Almaje Djar Al Andalous
N° 10 Bouskoura
Tél: 06 22 33 49 81

83,-

B Curcuflex 25 g

12 sucs

F 179,80

Dr Al Andalous GH 5 Immeuble 11 Cabinet N° 04 Bouskoura
Diar Al Andalous GH 5 Immeuble 11 Cabinet N° 04 Bouskoura
Dr FAHMI ZINEB

s musculaires et articulaires:
digestif

équilibre nerveux

LOT: 220463
DUO: 06/2025
83,00DH

AXIMYLINE® 24 comprimés dispersibles

PPV 96DH80

LOT 220042
EXP 04/2024

Docteur FAHMI Zineb

دكتورة فهمي زينب

- Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Casablanca
 - Ancien Médecin Interne à L'hôpital Ben M'sik Casablanca
 - Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat en Dibétologie
 - Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca en Médecine de Travail



Médecine Générale - Echographie Clinique - Électrocardiogramme (ECG)

اطب العام - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

ORDONNANCE

Bouskoura le : 05/10/2028

50,70

Mr BEN CHEIKH

5070

D Riacen 20 m/s
temp 17 °C

$\rightarrow \text{IPK}$ 8

D D-cure 25.000
= 25 | AST

4093

by LinaS kin

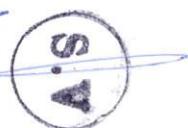
51,60^oS



Susp
C & 6 days

PPV 40DH90 EXP 01/2025
LOT 18066 9%

20 comprimés effervescents



Diar Al andalous GH 5 Immeuble 11 Cabinet N° 04 Bouskoura - Nougeur - Tél : 0522 102 467 - E-mail : difahmi.zineb@gmail.com
difahmi.zineb@gmail.com - البريد الإلكتروني : 0522 102 467 - العنوان - الهاتف : 04 بوسكورة - العادة رقم 11، الأندلس، الاقامة

د.تازی ريفي مريم

Dr. TAZI RIFFI Meryem

Médecin Biologiste

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca

Analyses médicales

Analyses spécialisées

Biologie de la reproduction

CASABLANCA le: 09/12/2022

FACTURE N° 4358/22

Médecin **Docteur FAHMI ZINEB**

Nom du patient **MME BENCHEIKH NOUZHA**

Date de prélèvement **08/12/2022**

Examens **- VS- CRP**

Cotation **B 130**

Montant **150,00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de: **CENT CINQUANTE DIRHAMS**

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél.: 0522 78 13 07

RC: 490291 -- IF: 48585054 -- CNSS: 2428499 -- ICE: 002739846000044 -- INPE: 093063840

