

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 13182 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Noussa |
| Nom & Prénom : | | CHAKIB Noussa | |
| Date de naissance : | | 08/03/1991 | |
| Adresse : | | RUE 1926 | |
| Tél. : | 0658959253 | Total des frais engagés : | 354,9 Dhs |

Autorisation CNE, N° : A-A-215/2019

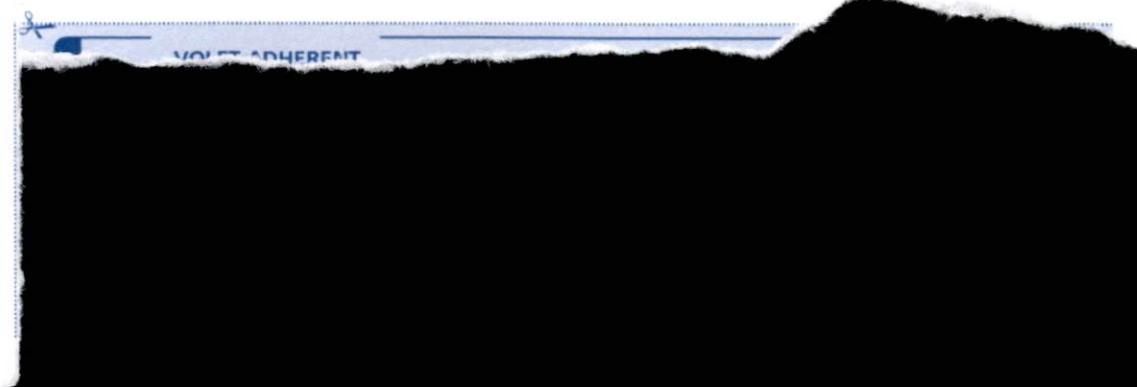
| | |
|---|---|
| <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> </div> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances</p> <p>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.</p> | <p>Age:</p> <p><input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Z4 MAI 2023</p> <p>ACCIDENT</p> <p>Dr. FAHMI Khadija</p> <p>Centre Panorama</p> <p>24/22</p> |
|---|---|

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 : CABIA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/05/2023



| 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 |
| 11/15/23 | Os radio filmex | | 300 \$ 4 \$ 2000.00 | INP : 0901284323  |

| Pharmacie JILAS .M | | EXECUTION DES ORDONNANCES | |
|------------------------------------|----------|---------------------------|--|
| Bachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture | |
| Mme. SITI KAT Lalla | 11/05/23 | 62,00 | |
| 1 bis Rue Rehoumou Dr. Abdelloumen | | | |
| Jugement des Hôpitaux - Casablanca | | | |
| Tel/Fax : 0522 27 45 80 | | | |
| Mme. SITI KAT Lalla | 11/05/23 | 393,90 | |
| S. TAHIR | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 25533412 | 21433562 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433562 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Date de l'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. FAHMI KHADIJA

Spécialiste des maladies respiratoires
Pneumologue - Allergologue
Adultes et Enfants

Lauréate de la Faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca



الدكتورة فهمي خديجة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى والحساسية
كبار و أطفال

خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

8/5/23

Casablanca, le

Pharmacie LILAS M
Mme. SEKAT Laila
bis, Rue Razzouk / Bd. Abdellatif
Quarter des Hopitaux - Casablanca
Tel/Fax : 0522 27 65 89

Nouria - CHAKIB

110,00

15 AMYlase sirups
Acas x31j



62,00

23

Rinomea adults



PHARMAJ
LOT : 2892
UT.AV : 03-26
PPV : 21DH00

62,00

15 x 25 j pdh ي

Dr. FAHMI Khadija
Av. Abdellatif / Bd. Razzouk - Casablanca
Office 14 étage - bureau 8
Sidi Maàrouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 54 22

شارع أبو بكر القادري، مكاتب بانوراما، عمارة 14، الطابق الثاني المكتب رقم 8، سيدى معروف الدار البيضاء

Avenue Abou Bakr El Kadiri, Panorama Offices, Imm 14, 2ème étage bureau 8

Sidi Maàrouf Casablanca - ☎ 05 22 97 54 22 ☎ 06 63 75 05 10

Dr. FAHMI KHADIJA

Spécialiste des maladies respiratoires
Pneumologue - Allergologue
Adultes et Enfants

Lauréate de la Faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca



الدكتورة فهمي خديجة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى والحساسية
كبار و أطفال

خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

Pharmacie LILAS .M
Mme. SEKKAT Laila
1 bis, Rue Roudour / Bd Abdellah
Marlier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax : 0522 27 65 80

Casablanca, le

11/5/23

Nouha - Chakib

PPV: 167 DH 00
PER: 12-25
LOT: L4096

1) 167.00

SABIR 1) (B. 24)
Asxa 31 pdt 85



NEOPRED
20mg
PPV : 37.40 DH
25 comprimés
à croquer
entre les repas
et les repas
élevées

37.40

2) Neoset Zone
30g ل ٣٠ جم بنتي pdt 65



3) 189.00

Fosavant 200
20.0. 2B pdt 145

393.90



شارع أبو بكر القادري، مكاتب بانوراما، عمارة 14، الطابق الثاني المكتب رقم 8، سيدى معروف الدار البيضاء

Avenue Abou Bakr El Kadiri, Panorama Offices, Imm 14, 2ème étage bureau 8

Sidi Maàrouf Casablanca - ☎ 05 22 97 54 22 ☎ 06 63 75 05 10

Le : 11/05/23

FACTURE

MME NOUHA CHAKIB

RADIO THORAX FACE : 200 DH

Dr. FAHMI Khabaja
Av. Abdellatif Ben Khedda
Bldg. 1000, 1er étage, Casablanca
Office de la Radiodiffusion et de la Télévision
Bldg. 1000, 1er étage, Casablanca
Tel.: 06 22 67 64 22

Le : 11/05/23

Radiographie Thoracique (face)

Mme NOUHA CHAKIB

INFILTRATS DE LA BASE DROITE

SILHOUETE CARDIO MEDIASTINALE NORMALE

CUL DE SAC COSTODIAPHRAGMATIQUES LIBRES

