

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

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

M22- 0038400

Optique *902768* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *5248* Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : *NOUAFFAK KHADISA*

Date de naissance : *28/01/1953*

Adresse : *Rue Larache n° 61 Appart 2015 Hay Es Salam*

Tél. : *06 14 54 2197*

Total des frais engagés : *F 828,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *15/04/2024*

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Affiche*

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 : *CASA*

Signature de l'adhérent(e) : *Houcine*



M 22 AVR 2024 R ACCUEIL 05/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALAMA	15/09/24	32814 D

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INSTITUT DE RADIOLOGIE PARIS 13	15/04/24	11	328,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

Important

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Loubna ZAIDI

Spécialiste en

Hépato-gastroenterologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie Abdominale

Endoscopie Digestive



الدكتورة لبني زايدى

إختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد

علاج وجراحة أمراض المخرج : البواسير والدمى

الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

15/04/2024

Casablanca, le الدار البيضاء، في

INP 092003458

MME MOUAFFAK KHADIJA

• Meteospasmyl - capsule molle

1 Capsule, matin, midi, soir, avant les repas, pendant 15 j

• Alflorex - GÉLULE

1 GÉLULE, soir , pendant 1 mois

• Digestine 16 mg - gélule

1 Gélule, apres le dej , pendant 6 jours

Digestine

30 gélules Remboursable AMO



61118000 020684

LOT 231879 1
EXP 06 2028
PPV 43.00

Dr Loubna ZAIDI
Mme Alami Soumri Samia
Bureau en Pharmacie
13, Rue Annabijis - Beauséjour
Casablanca - Tel. 05 22 39 09 70

286, Office Park Angle Boulevard Yacoub
El Mansour et Rue de Madiaq Toudgha
Bureau N°2 - 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 78 09 87 - Portable : 07 66 65 81 84
E-mail : loubna.zaidi@gmail.com

286, أوفيس بارك زاوية شارع يعقوب المنصور
و زنقة مديق تودغى الطابق 1 المكتب 2

الهاتف : 05 22 78 09 87

المحمول : 07 66 65 81 84

ميتوسباسميلا®

سترات ألفيرين 60 ملغ سم تكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

عن طريق الفم
20 كبسولة لينة

LOT / رقم الحصة :
FAB / ت. الإنتاج :
EXP / ت. ا.ص. :

V0472

06-2023

06-2026

مايوني
سبندر



■ Pourquoi Alflorex® est-il unique ?

Toutes les souches bactériennes ne sont pas équivalentes et chaque souche est spécifique même au sein de la famille des bifidobactéries. L'approche scientifique d'Alflorex® et plus de 15 années de recherche ont permis de mettre au point une nouvelle génération de souches bactériennes.

■ Combien de temps faut-il prendre Alflorex® ?

Prendre 1 gélule d'Alflorex® par jour pendant 4 semaines. Une période d'adaptation est transitoire et normale. Il est important de continuer à prendre Alflorex®.

Tenir hors de la portée des enfants.

Ce complément alimentaire n'est pas un médicament.

CE N°DA20181706751DMP/20UCA/MAv3

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 275,00 DH

17495/03

Dr Loubna ZAIDI

Spécialiste en

Hépato-gastroenterologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Echographie Abdominale
Endoscopie Digestive



الدكتورة لبنى زايدى

اختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد

علاج وجراحة أمراض المخرج : البواسير والدمبل

الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

15/04/2024

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Facture

MME MOUAFFAK KHADIJA

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	200,00 Dh
Total	500,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
cinq cents dirham(s)

286, Office Park Angle Boulevard Yacoub
El Mansour et Rue de Madiaq Toudgha
Bureau N°2 - 1^{er} étage -.Casablanca
Tél. : 05 22 78 09 87 - Portable : 07 66 65 81 84
E-mail : loubna.zaidi@gmail.com

286، أوفيس بارك زاوية شارع يعقوب المنصور
و زنقة مديق تودغش الطابق 1 المكتب 2
الهاتف : 05 22 78 09 87
المحمول : 07 66 65 81 84

Dr Loubna ZAIDI

Spécialiste en

Hépato-gastroenterologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Echographie Abdominale
Endoscopie Digestive



الدكتورة لبنى زايدى

إختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد
علاج وجراحة أمراض المخرج : البواسير والدمى
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

15/04/2024

Casablanca, le الدار البيضاء، في

MME MOUAFFAK KHADIJA

COMPTE RENDU D' ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Indication : Douleurs abd en cadre , ballonnements

Echographe ECUBE 5

Opérateur : Dr L.ZAIDI

Foie de taille normale de contours réguliers et d'echostructure homogène sans lésions focales décelables.

Patiene cholecystectomisée

Absence de dilatation des voies biliaire intra et extrahépatique.

TP de calibre normal

L exploration totale du Pancréas et la recherche ADP profonde est générée par la présence gaz

La rate est de taille normale ,homogène.

Les deux reins sont de taille normale avec bonne différenciation corticomédullaire,sans dilatation des voies urinaires.

Absence d'épanchement péritoneal

Conclusion :

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalies

Dr. LOUBNA ZAIDI

286, Office Park Angle Boulevard Yacoub El Mansour et Rue de Madiaq Toudgha Bureau N°2 - 1^{er} étage - Casablanca

Tél. : **05 22 78 09 87** - Portable : **07 66 65 81 84**

E-mail : loubna.zaidi@gmail.com

286, أوفيس بارك زاوية شارع يعقوب المنصور و زنقة مديق تودغى الطابق 1 المكتب 2

الهاتف : **05 22 78 09 87**

المحمول : **07 66 65 81 84**