

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060272

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08229 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 146690
 Nom & Prénom : ZEBAKHE Aziz
 Date de naissance : 01/10/1970
 Adresse : 30 Rue d'Enghien menthi polo Casablanca
 Tél. 0610338148 Total des frais engagés : 146,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/10/22
 Nom et prénom du malade : ZEBAKHE Nouad Age: 19
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Dermotose
 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 : CA SA Le : 25/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
22/12/77	105		300 96	Pr. H. BENCHIKH Dermatologie - Vénérologie Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam Maraga-TA : +212 05 22 85 00 00

NAME _____

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
----------------------	------	-----------------------

du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------	------	-----------------------

LABORATOIRE ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

veuillez joindre les radiographies en cas de pathologies ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de l'ECR.

[illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents	Nature des	Coefficient
-----------------	-------	------------	-------------

Soins dentaires	Traitées	Soins	Exclusifs
-----------------	----------	-------	-----------

[illegible]

				Coefficient des travaux	

					MONTANTS DES SOINS	



DEBUT D'EXECUTION

[illegible]

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-------	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT	
---------------------	--------------	-------------	--

	H	COEFFICIENT DE TRANSMISSION
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

H	25533412	21433552	G
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	

	35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

		DATE DU DEVIS	
---	--	------------------	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CASSETTES DU FRANÇAIS ATTESTANT LE DEVIS

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيكحي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 22.12.2022

Mr ZEBAKHE Mouad

2 x 199,00
1 TERFINE 250 MG BOITE DE 28 CP

Un cp par jour au cours d'un repas principal pendant deux mois
A commencer après vérification des transaminases

36,70
2 MYCODERME CREME

Une application par jour sur les lésions cutanées pendant un mois, le soir

279,00
3 MYCOGEL

Pour la toilette du corps, à rincer

Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél. : +212 05 22 85 00 00

716,70
PHARMACIE ALAMNE
Musnaoui THAMI

Pharmacien
Diplôme de l'Université Libre
de Bruxelles
1 Rue Golo / Quartier Polo
Patent N° 36374945 R C 298136
Tél 022 83.61 36

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
☎ 05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

MYCODERME® 1% CREME

Tube de 40 g



6 118000 230151

LOT 22007
PER 05/25
PPV 199DH00



LOT 21004
PER 05/24
PPV 199DH00



MYCOCHEM
LABORATOIRES
BIORGA

Myocel
BIORGA



Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيكحي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le22 Décembre 2022

Mr ZEBAKHE Mouad

- NFS-Plaquettes



Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tel.: +212 05 22 85 00 00

Mr ZEBAKHE Mouad

28-04-2003

2212280028



Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
☎ 05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualificien

FACTURE N° 2212280028

Mr Moad ZEBAKHE

Demande N° 2212280028

Date de l'examen : 28-12-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Vel	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
NF		B80	B

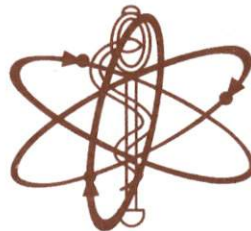
Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 130 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**



Mr Moad ZÉBAKHE

Né(e) le : 28-04-2003

Dossier N° : 2212280028

Date de l'examen : 28-12-2022

Prélevé le : 28-12-2022 10:34 en interne

Edité le : 10-01-2023

DR : Dr HAKIMA BENCHIKHI

Adresse : BD 2 MARS

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]	5.30	milliers/ μ l	(4.00-10.00)
Hématies : [AC]	4.95	millions/ μ l	(4.50-6.50)
Hémoglobine : [AC]	14.2	grs/dL	(13.0-17.0)
Hématocrite : [AC]	42.4	%	(40.0-54.0)
VGM : [AC]	86.0	μ 3	(80.0-100.0)
TCMH : [AC]	28.7	pg	(27.0-32.0)
CCMH : [AC]	33.5	g/dl	(32.0-36.0)
RDW : [AC]	12.3	%	(11.0-16.0)
Polynucléaires Neutrophiles :	44.3	%	
Soit:	2.35	milliers/mm3	(2.00-7.50)
Polynucléaires Eosinophiles :	6.1	%	
Soit:	0.32	milliers/mm3	(0.00-0.50)
Polynucléaires Basophiles :	0.9	%	
Soit:	0.05	milliers/mm3	(0.00-0.20)
Lymphocytes :	41.6	%	
Soit:	2.20	milliers/mm3	(1.00-4.00)
Monocytes :	7.1	%	
Soit:	0.38	milliers/mm3	(0.20-1.00)
Plaquettes : [AC]	251		(150-500)

