

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Maladie :

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

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- 063339

84262

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10466 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BABA OTHMAN
Date de naissance : 1971
Adresse :
Tél : 0661197694 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur H.S. SAKKAT**
Gastro - Entérologue
Angle Rue D'Azzamour et Bd. Sidi Ab-Errahmane
Immeuble Communale 6ème étage
(en face de Carrefour) Hay Hassan
Casablanca - Tél. : 05 22 89 36 19
Date de consultation : 01 SEP. 2021
Nom et prénom du malade : LOTE HIND
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFF
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 : Casablanca Le : 14/09/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2021	103,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/09/2011	2 30	300,00

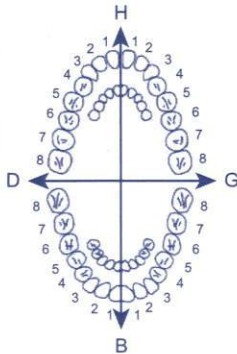
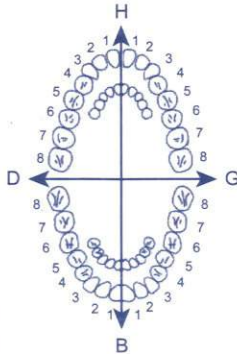
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION		

	H <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS									
	DATE DU DEVIS									
	DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Salma SAKKAT

Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif et du Foie
Endoscopie Digestive - Echographie Abdominale
Proctologie Médico-Chirurgicale
Ancien interne du CHU de LYON
Ancien interne du CHU de CASABLANCA



الدكتورة سلمى السقاط

اختصاصية في أمراض
الجهاز الهضمي و الكبد
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة المخرج
طبيبة داخلية بمستشفى ليون (فرنسا)
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUMNI MOUMNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoun, C.I.L.
Casablanca - Tél: 05 22 24 36 85

Casablanca le : 01 SEP. 2021

Mme LOTFI HEND

49.40

1 - METEOSPASYL (18)

2 gel x 2j.

METEOSPASYL® B 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

63.30

2 - BAUONYL (18)

2 gel

x 2j 2h après les Repas
et les médicaments.

103.70

LOT: 210123
DLUD: 02/2024
63,30DH

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUMNI MOUMNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoun, C.I.L.
Casablanca - Tél: 05 22 24 36 85

Docteur H.S. SAKKAT
Gastro - Entérologue
Angle route d'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane
Immeuble B - 3ème étage
(en face Carrefour) Tramway Hay Hassani - Casablanca
Casablanca - Tél.: 05 22 89 36 19

En cas d'urgence : 06 55 53 36 07 ou contacter la Clinique La Source - Tél : 05 22 20 14 40 / 41

Angle route d'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, Seat près Immeuble B - 3ème étage N° 10,
(en face Carrefour) Tramway Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 89 36 19 - GSM (RDV) : 06 70 99 80 99
Patente : 35003869 - ICE : 001946363000083 - E-mail : sakkatsalma@yahoo.fr

02/09/2021
Casablanca, le

Facture N° 2909/09/2021

Nom patient : LOTFI HIND

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Date Examen(s) : 02/09/2021

Montant : 300 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
TROIS CENTS DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 93 37 13

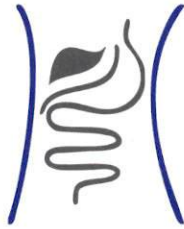
10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Patente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

Docteur Salma SAKKAT

Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif et du Foie
Endoscopie Digestive - Echographie Abdominale
Proctologie Médico-Chirurgicale
Ancien interne du CHU de LYON
Ancien interne du CHU de CASABLANCA



الدكتورة سلمى السقاط

اختصاصية في أمراض
الجهاز الهضمي و الكبد
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة المخرج
طبيبة داخلية بمستشفى ليون (فرنسا)
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca le : 01 SEP. 2021

Mme LOTFI HIND

Age = 43 ans

- epigastrie, du abd.

⇒ Echographie abd.

Docteur H.S. SAKKAT
Gastro - Entérologue
Angle route d'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane
Immeuble B - 3ème étage
(en face Carrefour) - Hay Hassani
Casablanca - Tél.: 05 22 89 36 19

DR. SAKKAT SALMA
10, Immeuble B - 3ème étage
et Bd Sidi Abderrahmane - Hay Hassani
Tél: 05 22 89 36 19 / 05 22 89 36 19

En cas d'urgence : 06 55 53 36 07 ou contacter la Clinique La Source - Tél : 05 22 20 14 40 / 41

Angle route d'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, Seat près Immeuble B - 3ème étage N° 10,
(en face Carrefour) Tramway Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 89 36 19 - GSM (RDV) : 06 70 99 80 99
Patente : 35003869 - ICE : 001946363000083 - E-mail : sakkatsalma@yahoo.fr



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 02/09/2021

PATIENT : Mme. LOTFI HIND
MEDECIN TRAITANT : DR SAKKAT SALMA
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- ❖ Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure hyperéchogène homogène.
- ❖ Vésicule biliaire de volume normal, à paroi fine, siège de microlithiases associées à des calculs infra centimétriques.
Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.
- ❖ Tronc porte de calibre normal.
- ❖ Rate et pancréas normaux.
- ❖ Le rein droit n'est pas retrouvé au niveau de sa loge ni par ailleurs.
- ❖ Hypertrophie compensatrice du rein gauche, mesurant 14,2cm de grand axe, hypoéchogène, homogène, normalement différencié.
Absence de dilatation des cavités excrétrices.
- ❖ Absence d'adénopathies abdominales profondes.
- ❖ Absence d'épanchement intra péritonéal.

AU TOTAL

Foie stéatosique.

Vésicule biliaire lithiasique.

Rein gauche unique en hypertrophie compensatrice.

Confraternellement
DR O. ALAMI

R
A
D
I
O

P
A
N
O
R
A
M
I
Q
U
E

D
E
N
T
A
I
R
E

N
U
M
É
R
I
S
É
E

D
O
P
P
L
E
R

C
O
U
L
E
U
R

E
T

E
N
E
R
G
I
E

Patient

N° 18221
 Nom LOTFI, HIND
 D. naissance 03041978
 Sexe Féminin

Examen

N° d'accès 54
 Date 02092
 Description ECHOGRAPHIE ABDOMIN
 Echographiste

