

# 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.



**Déclaration de Maladie**  
M22- 0050738

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5391    Société : 164574  
 Actif     Pensionné(e)     Autre :  
 Nom & Prénom : KHALID JALILA  
 Date de naissance : 16/10/1977  
 Adresse : B.P. Le Sud Anabes 9 Avc / WAKAL BIAJ - 6ème Etage, APHA  
 Tél. : 062158555    Total des frais engagés : 2000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2023  
 Nom et prénom du malade : Khalid Jalila    Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : pathologie chronique  
 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 :    Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :    /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

**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
14/03/23		5	20000	<i>[Signature]</i>

**DR SANDO IMANE**  
 CASALABLANCA  
 1919mm - 157  
 H 1919mm - 157  
 CASALABLANCA  
 Tél. 05 27 97 24 55  
 No 4 RIR 00000019

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/03/23	Radiographie panoramique	20000

**DR SANDO IMANE**  
 CASALABLANCA  
 1919mm - 157  
 H 1919mm - 157  
 CASALABLANCA  
 Tél. 05 27 97 24 55  
 No 4 RIR 00000019

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>																
				Montants des Soins <input type="text"/>																
				Debut d'Execution <input type="text"/>																
				Fin d'Execution <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>	
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	D		B																	
	00000000	00000000	35533411	11433553																
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des Soins <input type="text"/>																		
			Date du Devis <input type="text"/>																	
			Date de l'Execution <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SADEQ Imane  
Spécialiste des maladies de  
l'Appareil digestif  
Foie - Estomac - Vésicule Biliaire -  
Intestins  
Proctologie -Fibroscopie Digestive -  
Échographie Abdominale- Diététique  
et Nutrition

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris et de Lille  
Diplôme universitaire de Diététique et Nutrition  
Clinique et Thérapeutique - Paris  
Diplôme universitaire des Maladies inflammatoires  
Chroniques de l'intestin - Lille  
Diplôme universitaire de Réanimation Hépatique -  
Paris  
Diplôme universitaire de Proctologie - Paris

الدكتورة الصادق إيمان  
طبيبة إختصاصية في أمراض الجهاز  
الهضمي و أمراض الكبد  
الكبد - المعدة - المرارة - الأمعاء  
أمراض المخرج -الفحص بالمنظار و  
الصدى- الحمية و التغذية

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس و ليل  
دبلوم جامعي للتغذية والحمية - باريس  
دبلوم جامعي لأمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء - ليل  
دبلوم جامعي للإنعاش الكبدي - باريس  
دبلوم جامعي لأمراض المخرج - باريس

Nom , Prénom KHALID JALILA

Note d'honoraires

Prestations	Honoraires
Consultation	300dh
Echographie abdominale	200dh
<b>Total</b>	<b>500dh</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de 500 dirhams

DR SADEQ IMANE  
PROCTOLOGUE  
9 Imm. 157  
N4 Sidi Maarouf Casablanca  
Tél : 06 57 34 09 08  
ICE : 001891158000019

Cabinet Dr Sadeq

Résidence el moustakbal GH 19 , Imm 157, N4, Sidi Maarouf ,Casablanca  
Tel : 06 57 34 09 08 Mail : cabinet.dr.sadeq.imane@gmail.com  
ICE: 001891158000019

Dr. SADEQ Imane  
Spécialiste des maladies de l'Appareil  
digestif  
Foie - Estomac - Vésicule Biliaire -  
Intestins  
Proctologie -Fibroscope Digestive -  
Échographie Abdominale- Diététique et  
Nutrition

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris et de Lille  
Diplôme universitaire de Diététique et Nutrition Clinique  
et Thérapeutique - Paris  
Diplôme universitaire des Maladies inflammatoires  
Chroniques de l'intestin - Lille  
Diplôme universitaire de Réanimation Hépatique - Paris  
Diplôme universitaire de Proctologie - Paris

الدكتورة الصادق إيمان  
طبيبة إختصاصية في أمراض الجهاز  
الهضمي و أمراض الكبد  
الكبد - المعدة - المرارة - الأمعاء  
أمراض المخرج -الفحص بالمنظار و  
الصدى- الحمية و التغذية

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس و ليل  
دبلوم جامعي للتغذية والحمية - باريس  
دبلوم جامعي لأمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء - ليل  
دبلوم جامعي للإنعاش الكيدي - باريس  
دبلوم جامعي لأمراض المخرج - باريس

Casablanca ; le 14/3/2022

Mme khalid jalila

## Echographie abdominale

Foie de taille normale de contours réguliers , d'echostructure Hyperechogene , sans nodule  
decelable

Vésicule biliaire LIBRE ALITHIASIQUE

Absence de dilatation des VBIH , VBEH

rate RAS

les Reins sont de taille normal de contours réguliers avec bonne differenciation cortico-sinusale  
et corticomédullaire

Presence de gaz digestif genant l'exploration de la FID

### Conclusion

gaz digestif

stéatose hépatique

DR SADEQ IMANE  
Rég. El. Méd. Spécial. Casablanca  
N°4 RAS  
Tel: 05 27 27 24 55  
ICE: 0018915800019

Cabinet Dr Sadeq

Résidence el moustakbal GH 19 , lmm 157, N4, Sidi Maarouf ,Casablanca  
Tel : 06 57 34 09 08 Mail : cabinet.dr.sadeq.imane@gmail.com

