

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043515

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 37 05 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hovari med

Date de naissance :

Adresse : cte D'jamaa Jamila I rre 2 N°3 Casa

Tél. : 0653 99 02 87 Total des frais engagés : 1894,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Salwa NADIR  
Hépatogastro-entérologie  
Pratologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Essalam  
120, Bd. My Idoua, Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 / 27 27 / 85 14 14

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : mtalsi hch dje Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

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) :



# 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
20.02.2020	C		2500H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.02.2020	1244,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.02.2020		4500H

# AUXILIAIRES MEDICAUX

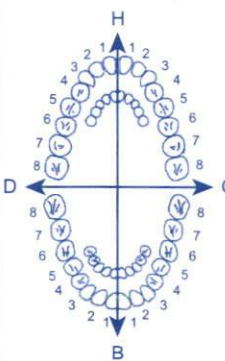
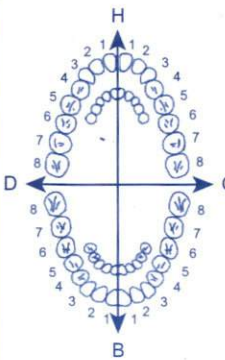
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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



## Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



## الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 20.02.2020 في الدار البيضاء،

**Mme MTALSI Khadija**

**Prendre :**

1 - **INEXIUM 20 mg cp gastrorésis : Plq/14**

1 comprimé le matin et le soir, avant le repas, pendant 2 mois.

2 - **GAVISCON SUSPENSION**

1 cuillère à soupe le soir pendant 1 mois au coucher

3 - **GAVISCON MENTHE cp à croquer : Pilul/20**

1 comprimé en cas de besoin

4 - **TRANSILAC SACHETS**

1 sachet le soir, après le repas, pendant 1 mois.

5 - **URISPAS 200 mg cp pellic : B/42**

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 1 mois.

6 - **SEPCEN COMPRIMÉS 500MG**

1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours.

7 - **LIBRAX COMPRIMÉS**

1 comprimé le soir une heure avant le coucher pendant 1 mois

En cas d'urgence: 06 61 46 84 96

120, شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، رقم 10 - Tél.: 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 -  
مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14 -  
Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél.: 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 -  
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 85 14 14 -  
الموقع الإلكتروني : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma - البريد الإلكتروني : salwanadir@yahoo.fr





## Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



## الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 20.02.2020 في الدار البيضاء

## Note d'honoraires

Professeur Salwa NADIR  
Hépatogastroentérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Essalam  
84, Bd. Moulay Idriss 1er Cas. - Tél: 0522 86 27 27 / 86 14 14

Le docteur

a l'honneur de présenter ses compliments

à Mr (Mme)

mt el si Badija

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;

soit la somme de 400,00 dhs.

pour

ECHOGRAFIE  
ABDOMINALE

Professeur Salwa NADIR  
Hépatogastroentérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Essalam  
84, Bd. Moulay Idriss 1er Cas. - Tél: 0522 86 27 27 / 86 14 14

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

Casablanca, le 20/02/2020

Nom et Prénom : Mme MTALSI KHADIJA  
Age : Née en 1957  
Indication : Troubles de transit/Ballonnement abdominal

## COMPTE RENDU

- Foie de taille normale ,de contours réguliers ,d' échostructure hyperéchogène.
- Absence de lésions focale hépatique .
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques et de la voie biliaire principale .
- Vésicule biliaire libre à paroi fine
- Rate ,reins, sans anomalie .
- Pancréas non vu(écran de gaz);
- Absence d' épanchement péritonéal .
- Aérocolie+

**Conclusion : Stéatose hépatique**

Professeur **Salwa NADIR**  
Hépatologie, Gastro-entérologie et Coloproctologie  
Clinique Dar El-Berradi  
129, Bd. Mohammed VI Casablanca - Maroc 20150  
**Pr S.NADIR**