

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.

Diagnostic 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.

Prothèse :

- 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° P19- 0041987

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2521 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZEDDAGH KHADIJA
 Date de naissance : 02.03.1951
 Adresse : RUE 30 N° 43 - KERIMATE - CASABLANCA
 Tél. : 06.62.56.1578 Total des frais engagés : 2150gh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/03/2020
 Nom et prénom du malade : Zeddagh Khadija Age : 1951
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Recto-colite ulcéreuse
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-041987

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
16/12/20	G3		200,00	PR LABIAD ALLAL Gastro - Entérologie 158, Bd. d'Anfa - Casablanca Tél : 05 22 94 37 45 / Fax : 05 22 94 37 47

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
PR LABIAD ALLAL Gastro - Entérologie 158, Bd. d'Anfa - Casablanca Tél : 05 22 94 37 45 / Fax : 05 22 94 37 47	16/12/20	Echographie	400,00
PR LABIAD ALLAL Gastro - Entérologie 158, Bd. d'Anfa - Casablanca Tél : 05 22 94 37 45 / Fax : 05 22 94 37 47		Radiographie	200,00

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'

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"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	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 PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE

SUR RENDEZ - VOUS

Horaire continu

maphar
Zi Zanata, Ain Sebaa, Casablanca Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73,50 DH
6118001181193



الأستاذ لبيض علال

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
التنظير الداخلي

بالموعد
توقيت مستمر

ca, le : 16.3.20

الدار البيضاء، في

op. Zeddagh Khadija

~~73,50 x3~~

1. Forlax

36ts

2 s/j le matin à jeun

2. Salerozine

2 mois

4 c/j 2cf matin et soir
après manger

3. Neobiline no 3

PPV: 293,00 DH

Neobiline Digest S.B 200ml
PPC : 89,50 DH

1600 x2
1913 x2
4. Titénarine 5 + suppo (26ts)

1 suppo j le soir
au coucher

PR LABIAD ALLAL
Gastro-Entérologue
158, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél : 05 22 94 37 45 /
Fax : 05 22 94 37 47

LOT: 191954
PER: 12-22
PPV: 19,30 DH

LOT: 200006
PER: 01-23
PPV: 16,00 DH

Professeur LABIAD ALLAL
Specialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

Note d'honoraires

Date	Numéro
16/03/2020	163.03/20

ZEDDAGH Khadija

Date	Lieu	Acte	Montant
16/03/20	Cabinet	Consultation	200,00
		Echographie	400,00
		Rectoscopie	200,00
		Total	800,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

HUIT CENTS DIRHAMS

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologie
158, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél 05 22 94 37 45 / 46
Fax 05 22 94 37 47

Professeur LABIAD ALLAL
Specialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

RECTOSCOPIE

Mme ZEDDAGH Khadija

Casablanca le, 16/03/2020

Clinique

RCH.
Syndrome dysentérique

Examen

Examen mené jusqu'à 15 cm de la marge anale montrant
une muqueuse normale.

A noter des hémorroïdes grade I-II.

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologie
158. Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél 05 22 94 37 45
Fax 05 22 94 37 47

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Casablanca le, 16/03/2020

Mme ZEDDAGH Khadija

Clinique

Douleurs abdominales.
Syndrome dysentérique

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.
Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.
Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.
Pancréas de taille et d'échostructure normales.
Rate homogène, de volume normal.
Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale,
sans dilatation des cavités pyélocalicielles.
Pas d'épaississement pariétalintestinal visible

Conclusion

Echographie abdominale ne montrant pas d'anomalie apparente.
Météorisme colique.

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologue
158, Bd. d'Anfa Casablanca
Tél 05 22 94 37 45 /
Fax 05 22 94 37 47

