

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **iologie 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.

## **adie 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**

Nº P19-0047719

ND: 31976

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 6372

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés : 1149,40 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

DR HASSOUNI DHI-M

GAS - Clinique de l'Horloge  
Résidentiel - 6ème étage - 25, Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca - Tel.: 05 22 20 01 04 / 05

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/02/2020

Nom et prénom du malade : Dr. J.BARA SOAD

Age: 58 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Goutte Chronique + mal traité

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 : CASA

Le : 28/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE 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
21/02/2020	21/02/2020	62	200,000	<i>[Handwritten signature and stamp]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature]</i>	21/02/2020	145,000

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Handwritten signature]</i>	07/03/2020	PS + FO	700,000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with points H (top), G (right), D (left), and B (bottom				

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفظي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى



Casablanca le, 22/02/2020

Mme Jbara Soad



regime riche en fibres alimentaires

6/6

Hepanat

1 cp le soir

40,402 2  
Meteospasmyl No2

2 cap matin et soir avt les repas



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

6 118001 100293

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

6 118001 100293

Dr. HEFFOUDHI-M  
Gastro-entérologue  
Bd. Abdellah Benjelloun  
CASABLANCA - Tel. 0522.200.104  
Opicaux

PHARMACIE ISMAILIA  
Louali Abdellah  
Rue Abou Al Wakt Bourgogne  
Casablanca - Tel. 022.36.97.44

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF  
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)  
ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفظي

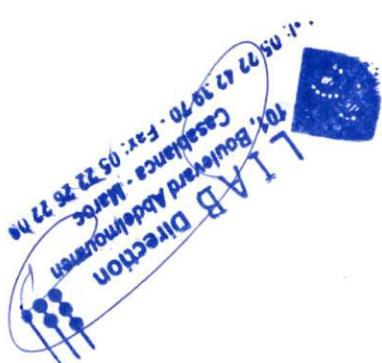
اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالمنظار الداخلي  
الفحص بالصدى

le 22.02.2020

Mme JBARA Saad

• Toux expectorante marron  
au C<sup>14</sup>13 & our H. syloïde  
à contrôle  
( ATB et 5<sup>es</sup> depuis peu  
de 20j )





LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 07-03-2020

## FACTURE N° 000129087

**Nom, Prénom du patient :** Mme Soad JBARA**Date de l'examen :** 07-03-2020**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 2003070070**Médecin demandeur :** Dr Mohamed HEFFOUDHI**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9106	Forfait traitement autre échantillon Test respiratoire à l'urée	B0 -	B HN

**Total des BHN :** 700**Montant total en chiffre :** 700DHS**Montant Total en lettres :** sept cents dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.


101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09E-mail : contact@liab.ma site Web : www.liab.co.maIF : 40432071 ; CNSS : 8844103 ; Patente : 34720627 ; N°ICE : 001663876000025 ; INPE Biogiste : 107159782 ;INPE laboratoire : 093060846Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUNEN , R.I.B : 007 780 0002385000302818 20



**LIAB**

**المختبر الدولي للتحاليلات الطبية**

**LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES**

**Medecin Prescripteur :** Dr Mohamed HEFFOUDHI

**Spécialité :** Gastro-entérologue

**Adresse :** RES SAAD ALLAH N 12 RUE REAUMUR BD ABD  
CASABLANCA

**Correspondant :**

**Edition du:** 09-03-2020 à 15:53

**Dossier N° :** 2003070070

**MME SOAD JBARA**

**Né(e) le :** 01-12-1961

**Prélevé :** reçu le 07-03-2020

à 09:50

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
<b>ANALYSES ISOTOPIQUES</b>			

**Recherche d'hélicobacter pylori: Test respiratoires à l'urée 13C TAU-KIT  
(Infrarouge/IR-Force 200)**

T0 en delta o/oo :	-25.82
T30 en delta o/oo :	-19.83
T30-T0 en delta o/oo :	5.99
Résultat :	Présence d'Hélicobacter pylori

*T30-T0 en delta o/oo : <5 : Résultat négatif  
: >=5 : Résultat Positif*

**NB :** Les prestations rapportées dans ce document couvertes par l'accréditation sont identifiées par le symbole [\*]

Demande validée biologiquement par : Prof. BENSLIMANE Abdellah



Page 1 sur 1

**Horaires d'ouverture**

**Lundi au Vendredi : 7h30 - 18h30 / Samedi : 7h30 - 13h00**

Adresse : 101, Bd Abdelmoumen, Casablanca - Tél: 05.22.42.39.55/60 - Fax : 05.22.26.22.09

E-mail: contact@liab.ma - Site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 - ICE : 001663876000025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

**Prélèvement à domicile sur RDV**