

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

## 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)



ND: 33366

Déclaration de Maladie : N° S19-0000565

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234 Société : RA 7  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MARNISSI Noufelmine Date de naissance : 12/08/1967  
Adresse : Lot Zineb N°18 App° 06 Oulfa Gue  
Tél. : 0664 68673 Total des frais engagés : 685,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 14/04/2020  
Nom et prénom du malade : AKAABOUNE BOUCHRA Age : 39 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : colopathie fonctionnelle  
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 : 13/02/2020 Le : 13/02/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
14/01	Cs		500 Dhs	
2020	Echographie			
13/02/2020	el dmincl		GR	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/2020	185,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# 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.

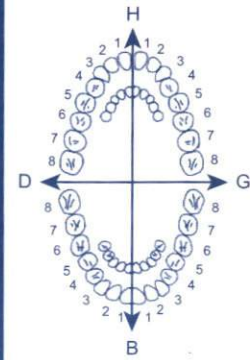
Important :

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

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

	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D 00000000 G 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div>		
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>		
			Coefficient DES TRAVAUX
			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

Dr. Meriem EL OUARDI

Spécialiste

**Maladies de l'Appareil Digestif**

foie-estomac-intestin-vesicule biliaire  
hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale

française de gastro-entérologie

Echographie- gastroscopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale



الدكتورة مريم الورضي

إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد - المعدة - المرارة - الأمعاء

البواسير - أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالصدى الفحص بالمنظار

جراحة المخرج

Casablanca le :

13/02/2020

M<sup>me</sup> AK aaboune Bou chra

Pharmacie Al Azhar Essahli  
Tel : 05 22 94 17 18

Pour Ordonnance

1/ p-ylia

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches

noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

5 118001 020591

2x92,60

2/ I nescium 20mg

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches

noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

5 118001 020591

4-0-1 (10jr)

4-0-0 (10jr)

Avant rep es 20 min

185,20

Pharmacie Al Azhar Essahli

Tel : 05 22 94 17 18

Pour Ordonnance

Loisement Haj Fateh (6), N°4 Etage 2 Imm 10 (à proximité de la Mosquée Haj Fateh) Oulfa - Casablanca

Tél.: +212 (0) 5 22 90 72 98 / E-mail : cabinet.elouardi@gmail.com





**Dr. Meriem EL OUARDI**

**Spécialiste**

**Maladies de l'Appareil Digestif**

foie-estomac-intestin-vesicule biliaire

hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale

française de gastro-entérologie

Echographie- gastroscopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale



**الدكتورة مريم الورضي**

**إختصاصية**

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد - المعدة - المرارة - الامعاء

البواسير - أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالصدى الفحص بالمنظار

جراحة المخرج

Casablanca, le 14/01/2020

Patient : Mme bouchra akaaboune

RC : dyspepsie

**Echographie abdominale**

- Foie de taille normale de contours réguliers, d'échostructure homogène
- Voie biliaire principale de calibre normal
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques
- Tronc porte de calibre normal et perméable
- vésicule biliaire à paroi fine et siège d'une image hyper-échogène mesurant environ 1.4 cm mobile avec le changement de position avec cône d'ombre postérieur
- L'exploration du pancréas est gênée par les gaz
- Rate de taille normale
- Les 2 reins sont de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico médullaire,
- Absence d'épanchement péritonéal
- Absence d'adénopathies profondes

**Conclusion :**

**Vésicule biliaire lithiasique.**