

# 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.

## 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.

## 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- 065464

ND: 35 412

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YASSINE LATOUSSINE

Date de naissance : 01-01-16

Adresse : HAY ANTOINE ABDELLAH RUE 22 N 73 CASA

Tél. : 0666445569 Total des frais engagés : 1083,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23-07-20

Nom et prénom du malade : YASSINE LATOUSSINE Age: 13

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

Nature de la maladie : Aff 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 : CASABLANCA Le : 23 / 07 / 2020

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
23/04/20		3	300DH	
			echographie 500DH	
			800DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIEN</b> <b>صيدان</b> <b>Dr En Pharmacien</b> <b>Hay Moulay Abdellah Rue 75</b> <b>CASA - Tél 0522 60 24 80</b>	23/04/20	283.70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

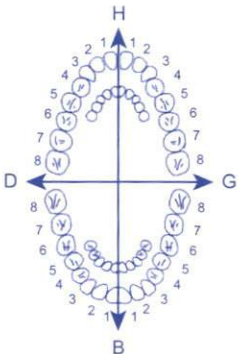
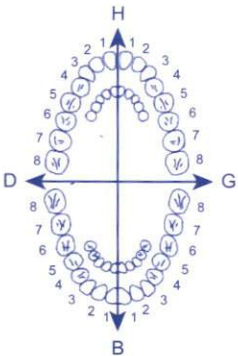
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LOT: 191192  
PER: 06-22  
PPV: 16,00DH

05/2018-C

Composition:  
Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg  
Excipients q.s.p. un comprimé.  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

20 ملغ

لاستعمال الجرعة  
تفصيلة بها

Casablanca, le .....

صرف فقط بموجب وصفة طبية - لا نهضة

Uniquement sur ordonnance - Lire attentivement les doses

LOT: 19E007  
PER: 10/2022

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V.: 53DH10



INE®  
Oxyde de zinc

SUPPOSITOIRE

Boîte de 12 SUPPOSITOIRES

Mr YASSINE Lahc

**DUSPATALIN 200**

1 gélule, matin et soir, au milieu des

**ANTI GAS STICKS**

1 sticks, 3 fois par jour et 1 le soir au

**RANCIPHEX 20**

1 comprimé le matin avant le petit déjeuner, pendant 28 jours

**TITANOREINE**

1 suppo enrobé de pommade le soir, pendant

**RELAXOL**

1 comprimé, matin et soir, pendant 6 jours

PHARMACIE INES  
صيدلية إناس  
BENCHIKHI B.  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tél: 0522 60 24 80

LOT: 200441  
PER: 04/23  
PPV: 19,30DH

عن طريق الفم

20008 0323  
LOT UTAV  
NEWPHARMA P.P.C.  
9780

20-008  
03-2023

0522.39.62.62: الفاكس | 0522.94.63.63/0522.94.62.62/0522.94.61.61: الهاتف | اخوان رامون الدار البيضاء |  
201, Bd. d'Anfa 3<sup>ème</sup> étage (En face de l'école Espagnole Juan Ramón) - Casablanca | Tél.: 0522.94.61.61/052  
Assisstantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secre



**PROFESSEUR DRISS JAMIL**

Maladies de l'appareil Digestif

**Foie - Estomac - Intestins**

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

ICE : 001856634000094

INP : 09 08 00 28

Date: 23/07/2020

**Mr YASSINE Lahoussine**

**Note d'honoraire**

Actes	Montant
Consultation	300,00
Echographie	500,00
<hr/>	
<b>Total :</b>	<b>800,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **HUIT CENTS DIRHAMS**





# PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

Casablanca, le 23/07/2020

## Echographie Abdominale

Mr YASSINE Lahoussine

### 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.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Rate : de taille normale

### Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

