

# 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.

## Radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)

La 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° M20- 0000890

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2368 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FAISAL Khadija Vre ZAKAR

Date de naissance : 13/07/1953

Adresse : 27 Rue behaa Sanjari Maarif. Casablanca

Tél. : 074509538 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2019

Nom et prénom du malade : EL FAISAL Khadija Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 25/10/2019


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


# 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
03/10/2022		15	3200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/22	2768
	07/10/22	187,05

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/10/22	T.D.A.	2000,00
		Abd-pelvi	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

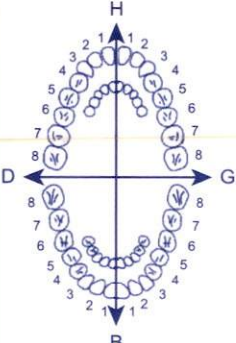
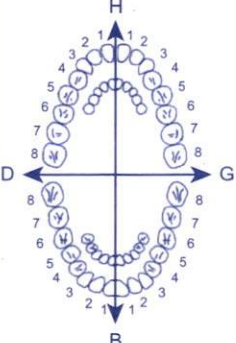
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Hamza DEBBAGH**

Diplômé de l'Université CLUJ  
Spécialiste du foie et  
des maladies de l'appareil digestif  
Estomac, Intestin, Foie Proctologie Médicale  
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive,  
Ballon intra gastrique  
Echographie Digestive



**الدكتور الدباغ حمزة**

خريج جامعة CLUJ  
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي و الكبد  
علاج المعى الغليظ و أمراض المخرج  
التشخيص بالمنظار الباطني  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca le : .....

03/10/2022

**Mme EL FAICAL Khadija**

**SCANNER ABDOMINO-PELVIER AVEC INJECTION DE PRODUIT  
DE CONTRASTE SELON BILAN RENAL**

*Perte de poids  
inapetence  
colique néphrétique gauche  
Hernie inguinale bilatérale ?*

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
4 angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Jasrah Eddine Res. Anfa 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 25 73 13 - 05 22 25 75 9

**Dr. Hamza DEBBAGH**  
Spécialiste du foie et  
des maladies de l'appareil digestif  
Estomac, Intestin, Foie Proctologie Médicale  
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive,  
Ballon intra gastrique  
Echographie Digestive  
Tél : 05 22 25 73 13 - 05 22 25 75 9  
N°INPE : 91234680

# ***RADIOLOGIE SOCRATE***

FACTURE N°02078 /22

CASA LE 07.10.22

**Nom & prénom :**  
**EL FAICAL KHADIJA**

Examens	Prix
T.D.M. Abdomino-pelvienne	2000.00
TOTAL :	<b>2000.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Deux mille dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Angle Bd Brahim Roudani et Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca  
Tel : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05



# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
**Dr. Mohammed BELCADI ABASSI**

الدكتور جمال بناني  
**Dr. Jamal BENNANI**

CASABLANCA LE : 7 octobre 2022

NOM : EL FAICAL  
PRENOM : Khadija  
MEDECIN TRAITANT : DR. DEBBAGH Hamza

## T.D.M. abdomino-pelvienne

### \*Renseignements cliniques :

- Pert de poids – inappétence .
- Colique néphrétique gauche.

### \*Technique d'examen :

- Coupes fines jointives du dôme hépatique au pelvis avec reconstructions dans différents plans .

### \*Résultats :

- Le foie est de taille normale, siège au niveau de son dôme d'une formation anechogène bien limitée mesurant 20,6 mm de grand axe compatible avec un kyste biliaire.
- Vésicule biliaire alithiasique .
- Voies biliaires non dilatées .
- Absence d'anomalie pancréatique ou splénique .
- Les deux reins sont en situation anatomique, de taille normale, sans dilatation des cavités pyélo-claicielles et sans image de lithiases des reins ou des arbres urinaires .
- Absence d'anomalie vésicale ou utérine .
- Présence d'une calcification ovalaire latéro-vésicale gauche de 18 mm évoquant une adénopathie calcifiée séquellaire .
- Absence de masse abdominale ou d'épanchement intra-péritonéal .
- Absence de signe scanographique en faveur d'une hernie inguinale .
- Un complément échographique a été réalisé retrouvant le kyste biliaire et mettant en évidence une petite adénopathie inguinale gauche de 4,7 mm .
- A noter une discarthrose lombaire étagée .

### \*Au total :

- Kyste biliaire de 20 mm .
- Absence d'anomalie rénale .
- Ganglion calcifié latéro-vésical gauche.
- Petite adénopathie inguinale gauche .

CONFRATERNELLEMENT

**DR. J. BENNANI**

# Dr. Hamza DEBBAGH

Diplômé de l'Université CLUJ  
Spécialiste du foie et  
des maladies de l'appareil digestif  
Estomac, Intestin, Foie Proctologie Médicale  
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive,  
Ballon intra gastrique  
Echographie Digestive



## الدكتور الدباغ حمزة

خريج جامعة CLUJ  
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي و الكبد  
علاج المعى الغليظ و أمراض المخرج  
التشخيص بالمنظار الباطني  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca le : .....

03/10/2022

**Mme EL FAICAL Khadija**

144,50  
**EUZOL 20 MG**

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS pendant 7 jours

74,00  
**CARBOSYLANE**

1 dose, 3 fois par jour, pendant 10 jours

58,30  
**MEGASFON 160 ORODISPERSIBLE**

1CP 3FOIS PAR JOUR , pendant 7 jours

LOT : 9646  
PER : 06-24  
P.P.V : 58 DH 30

276,80

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
248 Bd Mahjoub Koudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

Laboratoire Sotherr  
CARBOSYLANE  
Boîte de 96 gélules (48 doses)  
PPV 74.00 DH



6 118001 070893

159 شارع بوركون شقة شاون إقامة 21 - الطابق الأول أنفا - الدار البيضاء - Casablanca - Etage - Anfa - Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 95 - 05 22 36 27 27 (cas d'urgence) - Wtsp : 06 60 76 87 82



الفحص بالأشعة سقراط  
RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني  
Dr. Jamal BENNANI

2007.10.22

Mme EL FAÏçal KHADJA

187,00



OMNIBACUE 300

1 flacon de 50 ml



PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

RADIOLOGIE SOCRATE  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca  
05 22 25 73 13 - 05 22 25 75 05