

# 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 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.



**Déclaration de Maladie : N° P19-0005484**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1197 Société : 183807  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NOUHER Zahra Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0661361780 Total des frais engagés : 724,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Saïda EL BLIDI  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Rue Ouel Zia 156 Angie Av. Mouquassima

Date de consultation : 17/10/2023  
Nom et prénom du malade : NOUHER ZAHRA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : epigastalgie + colique  
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) :

## Adresses Mails utiles

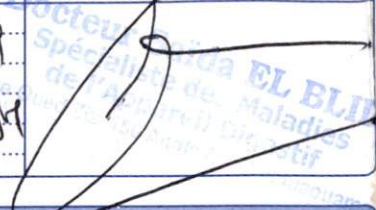
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

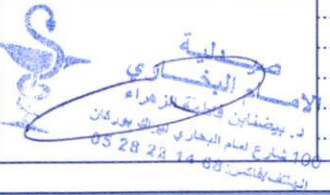
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
17/10/23	es	cy	300 Dh	
	+ édu	172	300 Dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/10/23	124,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

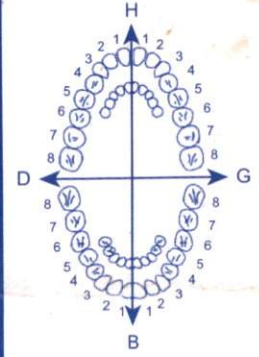
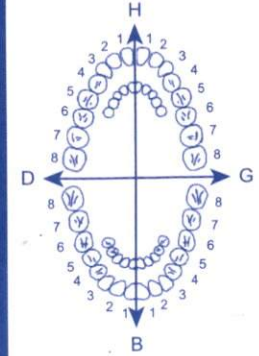
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OL

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT 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 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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Saïda El BLIDI

Diplômée de la faculté de Médecine de Toulouse  
Diplômée de coloproctologie Paris VI

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Endoscopie Digestive  
Echographie Abdominale

# الدكتورة سعيدة البليدي

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
أمراض المعدة، الكبد، الأمعاء و المخرج  
الكشف بالمنظار - الفحص بالصدى الصوتي

Agadir, le 17.10.23 في

M NOUVER ZAHED



79,50

10) RECTOLAX

1 tube / j



45,00

2) LAEVOLAC

1 cà s 3x / j ap



45,00

124,50

8) NSFON 800

2 cp 8h  
douleur

Docteur Saïda EL BLIDI  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
156 Oued Ziz, 155 Angle Av. El Mouquawama



صيدلية  
الامام البخاري  
در. بوضنن فاطمة الزهراء  
100 شارع امام البخاري لحياء بوركنا  
الهاتف: 05 28 22 14 68

Dr SAIDA EL BLIDI  
Gastro-entérologue  
Im Tifaouine  
Av El mouquawama  
Agadir

le 17-10-2023

### Compte-rendu d'échographie abdominale

**Identité :** Mme NOUMER ZAHRA

**Age :** 43 ans

**clinique :** Douleurs épigastriques, du flanc droit et pelviennes;

**Foie :** de taille normale , de contours réguliers,  
d'échostructure homogène; réfléchissant ;

**Voies biliaires :**

Vésicule biliaire trouble , à paroi fine;

Voies biliaires intra-hépatiques non dilatées ;

Voie biliaire principale non dilatée ;

**Pancréas :** homogène et de taille normale ;

**Rate :** homogène, de taille normale ;

**Rein droit :** de taille normale, d'index cortico-médullaire  
conservé ; 1 kyste de 4,86 cm

**Rein gauche :** de taille normale, d'index cortico-médullaire  
conservé ;

**Conclusion :**

Stéatose importante avec VB trouble , sans lithiasse ;

Aérocolie +++.

  
Docteur Saïda EL BLIDI  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Rue Oued Ziz, 156 Agadir



# Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc  
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027  
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 490150  
12/10/2023

## FACTURE N° 295359

Nom et Prénom ... : Madame Zahra NOUMER

Prescripteur .... : Dr. WIFAK MALIKA

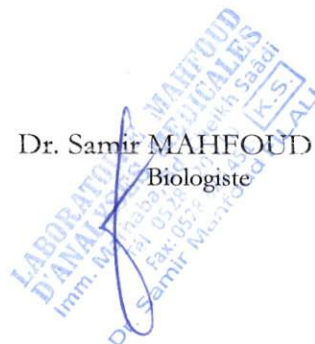
Référence..... : 121023 091.

Analyses cotées à : HPY HN374+ PAT Dh 0,00+ SEC Dh 0,00+

Arrêtée la présente facture à la somme de **486,20 Dhs**

**Quatre cent quatre-vingt six Dirhams et vingt centimes**

Dr. Samir MAHFOUD  
Biologiste



# Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc

Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027

IF: 75701680

INP: 043000520

Code patient: 490150

le: 12/10/23

FACTURE N° 295359

Nom et Prénom ... : Madame Zahra NOUMER

Prescripteur .... : Dr. WIFAK MALIKA

CODE	ANALYSES	B/HN	Clé	PRIX EN DH
!0000	! TEST A L'UREE	! 374	! HN	! 486,20

Total des actes HN : 374 Total des actes B: 0 Prélèvements: 0,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **486,20 Dhs**

**Quatre cent quatre-vingt six Dirhams et vingt centimes**

LABORATOIRE MAHFOUD  
D'ANALYSES MEDICALES  
Imm. Maâkhoud, Chaikh Saadi  
Tél: 0528 820 210  
Fax: 0528 820 451  
Dr. Samir Mahfoud FILALI  
K.S.

# Docteur Saïda El BLIDI

Diplômée de la faculté de Médecine de Toulouse  
Diplômée de coloproctologie Paris VI

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Endoscopie Digestive  
Echographie Abdominale

الدكتورة سعيدة البليدي

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي :  
أمراض المعدة، الكبد، الأمعاء و المخرج  
الكشف بالمنظار - الفحص بالصدى الصوتي

Agadir, le : 17.10.2023 : أكادير في

Note d'Honoraires : Mlle NOVMER ZAHRA

ICE : 001712974000078

INPE : 041048828

- CONSULTATION

300 DH

- ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

300 DH

- FIBROSCOPIE GASTRIQUE

- EXAMEN PROCTOLOGIQUE

- COLOSCOPIE

- AUTRES

TOTAL :

600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Six cents dinars

Docteur Saïda EL BLIDI  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Rue Oud Ziz, 156 Angle  
Av. Mouquawama Rés. Tifaouine

زينة واد زيز رقم 156، ملتقى شارع المقاومة الطابق الرابع إقامة تيفاوين - الهاتف : 05 28 84 64 43  
Rue Oud Ziz, 156 Angle Av. Mouquawama , 4<sup>ème</sup> étage, Résidence Tifaouine - Tél.: 05 28 84 64 43

