

# 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.

## 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 caractére 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)

14242

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0024786**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10212 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme A.N.N Halima Date de naissance :

Adresse : Résidence 82 N° 2000 144 44 Apt. 6 Hay El Meknassi

Tél. : 06 89 26 36 79 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/10/2019

Nom et prénom du malade : ABBSI HSSNA Age : .....  
*Accueil Siège/RAM/8*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Célo-génie Poids bas

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) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                 | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE CHARNES<br>LAIS L'ÉTANG ET<br>ANGLES 35330 ROB<br>31/01/2019 | 30/01/19 | 322,70                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Hassan BENJELLOUN<br>Spécialiste en Radiologie<br>4, Rue Société<br>Tél. 0524 22 10 00 | 11/11/2019 | 220                          | 200,-                  |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bij jacht sur laeret à la cendre

45, 46 Duphalac 1 flacon  
17 zetalax 2 fls  
Faire 1 laeret avec...  
2 c sape Duphalac  
2 microlaeret zetalax  
100 ml si lae he de

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML

LOT 8M0063  
PER 06/2021

P.P.V : 45DH40

6 118000 010494

32270

PHARMACIE OULMES  
LARAKI MAXIMA  
ANGLE RD CHANDI ET  
Y EL MANSOUR 333306

Dr EL MEKNASSI Abdellajid  
HEPATOBASTIQUE ENTRELOGUE  
4, Bd Driss Jaurizi - Casablanca  
Tel: 0522 208719



MCC220MA118PE-01  
18.05.2017  
120x420-120x37:40gr-C5

PPU: 49,60 DH  
LOT: 15F18/B  
EXPI: 06/2022

‘DICAMENT:

10.000 U.I.

par ampoule, boîtes de 3.

ie : Cholécalciférol (Vitamine D3).

**Sirdalud®**  
Tizanidine



6 118001 030293  
SIRDALUD® 4 mg  
Comprimé pelliculé  
ppv = 86,70 DH

160727/VA

Prin  
Excip  
Acida  
3. CLA  
Vitam

LOT  
PER.01 2022

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20

P.P.V: 54DH00



6 118000 010531

n ou votre pharmacien.  
annez jamais à quelque chose de symptômes identiques, cela

marque un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre

ol (E475) – Huile d'olive raffinée pour faire 1 ml (= une ampoule).

en vitamine D.

usage.

→ 87,00

de doute, consultez à nouveau votre médecin ou

ce qu'il vous prescrit, il est recommandé de prendre une dose

seule dose ou 4 ampoules de D-CURE 25.000 U.I. par

**relaxium® B6**

300 mg  
30 GÉLULES

DLW0104/2020  
87,00 DH

**Deva**  
Pharmaceutique

au cholécalciférol ou à tout autre excipient de D-CURE FORTE.

ans.

si vous souffrez de pseudo-hypoparathyroïdisme (perturbation du métabolisme de l'hormone parathyroïdienne), puisque le besoin en

Vitamine D peut être réduit lors de phases de sensibilité normale à la vitamine D. Dans ce cas, il y a un risque de surdosage prolongé. Des dérivés de la vitamine D qui se régulent mieux sont disponibles dans ces cas.

- Si vous avez une prédisposition à la formation de calculs rénaux contenant du calcium.
- si vous avez une hypervitaminose D.

## 7. EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, D-CURE FORTE peut provoquer des effets indésirables, même si toutes les personnes ne les développent pas.

*Effets indésirables possibles :*

Les effets indésirables sont le résultat d'un surdosage.

Doc. DR EL MEKNASSI Abdelmajid

SPECIALISTE

Hépato - Gastro - Entérologie

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine à Casablanca

Ex-Chef du Service de Réanimation Médicale à Casablanca

Fibroscopie Digestive - Hémorroïdes

Diplôme d'Echographie Générale à Paris

Sur Rendez-vous



الدكتور عبد المجيد المكناسي

إختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق مصلحة الإنعاش الطبي مستشفى ابن رشد

التنظير الداخلي والبواسير

شهادة الفحص بالصدى بجامعة باريس

بالميعاد

Casablanca, le ..... 30/10/2019 الدار البيضاء، في

Hassane ABBAD Hélima

Hélène

Ali Soukri Mafekhi

Dr EL MEKNASSI Abdelmajid  
HEPATO GASTRO ENTÉROLOGUE  
4, Bd Driss Lahrizi - Casablanca  
Tél: 05 22 20 87 19

Dr. Hassan BENJELLOUN  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tél: 05 22 39 07 07



GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 01/11/2019

Reçu N° 191101011

M ou Mme : **ABBAD HALIMA**

Examen(s) demandé(s) :

**ABDOMEN SANS PREPARATION**

Soit un montant total de : **200.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

**DEUX CENTS DIRHAMS**

*Dr. Hassan BENJELLOUN  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tel: 022 39 07 07*

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07  
Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

EL MEKNASSI Abdelmajid

SPECIALISTE :

Hépato - Gastro - Entérologie

Enseignant à la Faculté de Médecine à Casablanca

Ex-Chef du Service de Réanimation Médicale à Casablanca

Fibroscopie Digestive - Hémorroïdes

Diplôme d'Echographie Générale à Paris

Sur Rendez-vous



الدكتور عبد المجيد المكناسي

اختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابقا مصلحة الإنعاش الطبي مستشفى ابن رشد

التنظير الداخلي والبواسير

شهادة الفحص بالصدى بجامعة باريس

باريس

Casablanca, le .....

21/11/2019

الدار البيضاء، في

Mme ABRAAD Malika

Hémorragie échographie  
abdominale K30

400,00 Dhs

quatre ut svh →

Dr EL MEKNASSI Abdelmajid  
HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGUE  
4, Bd Driss Lahrizi - Casablanca  
Tél: 05 22 20 87 19

Docteur **EL MEKNASSI Abdelmajid**

SPECIALISTE

Hépato - Gastro - Entérologie

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine à Casablanca

Ex-Chef du Service de Réanimation Médicale à Casablanca

Fibroscopie Digestive - Hémorroïdes

Diplôme d'Echographie Générale à Paris

Sur Rendez-vous



الدكتور عبد المجيد المكناسي

إختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق مصلحة الإنعاش الطبي مستشفى ابن رشد

التنظير الداخلي والبواسير

شهادة الفحص بالصدى بجامعة باريس

باليبعاد

Casablanca, le ..... 21/11/2019 ..... الدار البيضاء، في

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Hass ABBAO Malika

Née en 1948

Mohf

Dolos abdominales

Céphalée

Fièvre de taille normale, sans sueur

Trouve fièvre fébrile de début normal

Vaisse biliaire, non dilatée

Véhicule biliaire à pain sec cuit sur

feuille de fennel

Periode de individualité car malade

Rate, Rein d'autre part normal

Pas d'acuité.

Ecclamie

1. lésions vénériennes ~~non~~ non expliquées

2. lésions cellulaires

Dr EL MEKNASSI Abdelmajid  
HEPATO GASTRO ENTÉROLOGUE  
4, Bd Driss Lahrizi - Casablanca  
Tél: 05 22 20 87 19