

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 048732

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI ABDELLOU HAS

Date de naissance : 19 01 - 58

Adresse : 14 LOT MANDARINA SIDI MAROUF

CASA 2020

Tél. : 0673081985 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 / 08 / 2020

Nom et prénom du malade : CHEDDADI Age : 62 ans

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

Nature de la maladie : thrombose hémorroïdaire

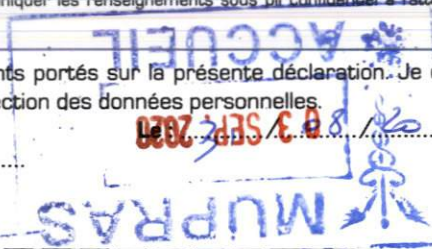
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA

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
31.08.20		6	1750.00	
31/08/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE Sidi Maarouf (Ancien Makrou) Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53 WhatsApp: 06 62 12 38 18 0004838700000 - Email: paracetamol@paracetamol.ma	31-08-20	144,50
	31-08-20	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

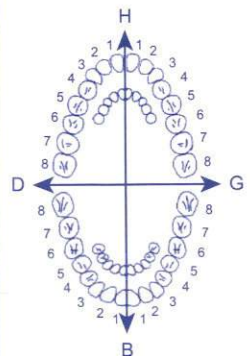
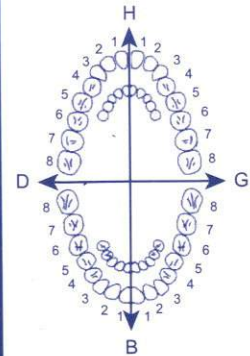
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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>H</td> <td></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>B</td> <td></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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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.

ORDONNANCE

Casablanca le : 31/08/2020

M. CHEDDADI Abdelouhab

144,50

ZOE GAS 20mg



28 gélules.

1 gélule le mat
1 gélule le soir

30mg avant
le repas.

LOT 200001
EXP 10/2021

COOPER PHARMA

PPV: 144,50 DH

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)

Casablanca - Tél : 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53

WhatsApp : 06 62 12 38 78

RC : 266958 - Pat : 36103109 - IF : 50731792 - CNSS : 6063490

ICE : 000483820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

Dr. Abdelouhab Cheddadi
Pharmacie de la Colline
144,50 DH - CASABLANCA

Docteur Abdallah Khyari

Diplômé de la Faculté de Médecine

Xavier Bichat - Paris

Spécialiste Diplômé : C.E.S. National

des Maladies de l'Appareil Digestif

A.E.S. de Proctologie Médico-Chirurgicale

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules)

Diplômé d'Etudes Supérieures de Médecine

et d'Epidémiologie Tropicales

Fibro - Endoscopie - Echographie

Membre de la Société Nationale

Française de Gastro-Enterologie

Ancien Attaché à l'hôpital Cochin - Paris

الدكتور عبد الله الخياري

خريج كلية الطب كزافيي بشا بباريس

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة الدروس العليا في علاج وجراحة

أمراض المخرج والبواسير

شهادة الدروس العليا في الأمراض

الاستوائية والعدوى الإفريقية

تشخيص ووقاية أمراض الجهاز الهضمي

بالمنظار والأشعة الصوتية

عضو بالجمعية الوطنية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

ملحق سابقا بمستشفى كوشان بباريس

Casablanca le 28/08/20

Merci d'admettre M. CHEDDADI Abdeloules

Le 28/08/20

Pour Mme Houdouze Luesporteur -

.....

Chirurgien : Dr. Khyari

Assurance MUPRAS

DR. A. KHYARI
GASTROENTEROLOGUE
105 Bis, Av. 2 Mars (Angle My Driss 1er)
Résidence Aimen Alkair I - Casablanca
Tél: 05 22 83 59 22 / 23



Dr.....

ORDONNANCE

Casablanca le : 31/08/2020

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur..... *Abum*

prie M^r *CH EDDAD, Abdelouhab*

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires
pour.....

s'élevant à la somme de *200,00* DHS

Dr. Youssef MILLOUBI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zarhoun



Dr.....

ORDONNANCE

Casablanca le : 31/08/22

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur KHYAR

prie M^r CHEDDADI Abdelouhab

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires
pour.....

s'élevant à la somme de 775,00 DHS

DR. A. KHYAR
GASTROENTEROLOGIE
105 Bis, Av. 2 Mars (Angle My Dinar 1er)
Résidence Alhadi - Casablanca
Tél : 05 22 27 84 06 - Fax : 05 22 27 80 75

CLINIQUE ZARHOUN

Casablanca le 31 AOUT 2020

MEDECIN TRAITANT : DR KHYARI
MEDECIN ANESTHESIE : DR MILOUDI

FACTURE N031082020
IDENTIFIANT COMMUN 001752560000002

NOMS MR CHEDDADI
PRENOM ABDELOUHAB

DATE DENTREE 31/08/2020
DATE DE SORTIE 31/08/2020

FORFAIS CLINIQUE

PART CLINIQUE

775.00DH

FRAIS HONORAIRES

HONORAIRES DR KHYARI
HONORAIRES DR MILOUDI

775.00 DH
200.00 DH

TOTAL HONORAIRES

975.00 DH

TOTAL GENERAL

1750.00 DH

MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

DOCTEUR ABDALLAH KHYARI
*Diplômé de la Faculté de Médecine Xavier
Bichat Paris*

Spécialiste en hépato-gastro-entérologie

Proctologie Médico-Chirurgicale

Mr CHEDDADI Abdelouhab

Casablanca le, 31/08/2020

Anesthésiste : Pr Miloudi

Aide : Nadia

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Intervention

Résumé clinique

Tuméfaction anale douloureuse du quadrant gauche..

Compte rendu opératoire

Patient sous sédation et anesthésie locale à la xylocaine à 1/%
Ouverture au bistouri de la thrombose dans le sens des plis cutanés de la marge.
extraction du caillot sanguin.
Hémostase , pommade hémostatique et pansement.

I.C.E : 002141005000015
INP : 091085829
I.F : 41606374

Dr. A. KHYARI
GASTROENTEROLOGUE
105 Bis, Av 2 Mars (Angle My Driss 1er)
Résidence Aïmen 1 - Casablanca
Tél: 022.83.59.22/23 Fax: 022.82.45.43