

# 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.

## 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.

## Maladie :

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- 054738

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 255 Société : 39557

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hachimi Naima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

0202 SEP 2020



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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												
				<b>Coefficient des travaux</b>											
				<b>Montant des soins</b>											
				<b>Début d'exécution</b>											
				<b>Fin d'exécution</b>											
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Montant des soins</b>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b>													
		<b>Fin d'exécution</b>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
DECLARATION N° <b>P 14 / 0031132</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0031132

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adherent
Nom & Prénom <b>EL HACHIMI MAI MA</b>			
Fonction	Phones		
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>10/09/20 CG</b>			
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>10/09/2020</b>		
Montant de la facture	<b>372,50</b>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature de Médecin  
Spécialiste en Médecine Interne  
Résidence Férissus - Apt 3 - 10000  
Route du Complexe Administratif  
en face aéroport d'Anfa - Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 96 67

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd Oued Moulaya - El Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 51 13  
ICE: 001573273000663

Spécialiste en Médecine Interne

Ex-médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd  
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)

## Sur rendez-vous

Casablanca, le 10 - 09 - 2020

A<sup>o</sup> Bre Kachari Nams

22,80 x 7

Catsuwayl Mye

2 cups x 2 in

86, 00

Adyoo

1975 & 2000

50, 60

Rec B 86

1994

Una 2000

## الدكتورة نادية الغياتى

## إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- الأمراض الباطنية أو الجماعية
- أمراض التهابات العظام، المفاصل و الشرايين
- أمراض الروماتيزم

بالموعد



PHARMACIE DELA WILAYA  
Zekry Abdelhak  
22, Bd Oued Bouhassene  
Algeria - Algiers - Pharmacie  
Tél: 021 57327300063

Résidence : Résidence El Aéroport  
 Route du Complexe Administratif  
 en face aéroport d'Anfa - Oulfa - Casablanca  
 Tél : 05 22 93 96 67

إقامة الفردوس، شقة رقم 3 عمارة (GH1B- L15) مقابل مطار أنفا - الألفة - الدار البيضاء 02  
Résidence Firdaous - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B ) Bd Mohamed Taïeb Naciri en Face  
Aéroport d'Anfa - Oulfa - Hay Hassan - Casablanca - 02  
Tél : 05 22 93 96 67 - Gsm : 06 87 35 02 53



2010

one by 1's

154

T= 372.50

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
Bd Oued Molouya-El Oulfa  
Casablanca-Tél: 0522 90 51 13  
01573273000063

Dr. Nadia EL Ghiati  
Spécialité : Pédiatrie - Gynécologie  
Résidence Firdaus - Appl. 5 - M. 518  
Route du Complexe Administratif  
en face aéroport d'Anfa - Oulfa - Casablanca  
Tél : 95 22 92 96 97

22,80

22,80

22,80

22,80

22,80

22,80

22,80

Actyl D

PVC : 86,00 DH

PPV 50.60 DH  
LOT P488 PER 01/23

comprimés enrobés

LOT: M0165  
PER: 11/2020  
PPV: 20,00DH



Casablanca, le 01/09/2020

PATIENT : EL HACHIMI Naima

MEDECIN TRAITANT : Dr EL GHIATIN

**ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne**

**INDICATION** : 55ans, douleur pelvienne et vésicale+ polyurie.

**TECHNIQUE** :

Examen réalisé au niveau de l'abdomen et du pelvis à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

**RESULTATS** :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine et de contenu trans sonique pur.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Vessie vide ne permettant pas l'exploration du pelvis.
- Absence de masse pelvienne.
- Absence d'épanchement ou d'adénomégale profonde.

**CONCLUSION** :

**Echographie abdominale sans anomalie particulière.**

**Vessie vide non exploré vu l'état algique de la patiente.**

**A confronter aux données d'un ECBU.**

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : Dr BERRADA – Dr HABI

