

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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



**Déclaration de Maladie : N° P19- 0009549**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 24765 Société : Manque résultat d'analyse

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABDI Date de naissance : 04/09/66

Adresse : 08 6671 7378

Tél. : 08 6671 7378 Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : Dr. Nouridine MALLOUK  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif du Foie et de l'Anus  
Fix 0523.32 14 79 - GSM 06 182 702

Date de consultation : 02/12/2019

Nom et prénom du malade : ABDI Age : 53

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

Nature de la maladie : 12 MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009549

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

02/12/2019 80.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

15/11/2020 B20 250,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV 3000DH

# 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'O

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			
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p>			Coefficient DES TRAVAUX
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif  
du Foie & de l'Anus

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abscès  
Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie  
Ex chef de service de Gastro-entérologie Hôpital  
Miy Abdellah Mohammadia



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير  
الفحص بالأشعة فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي  
للمعدة والمعى الغليظ  
تشخيص وجراحة أمراض المرخ  
رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى مولاي عبدالله المحمدية

Mohammadia Le 02 Dec 2019

KARANI HAKIMA,

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

40.47

① Meteospasmyl

1c/v x 3

39.80

③ Hecoral

80.20

1v x 3

Pharmacie OUM RACHAD  
Dr. Oum Rachad AALAM  
88, Rue de Souss  
Mohammadia - Tél : 0523 32 34 57

Dr. Nourdine MALLOUK  
Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif  
0523 32 34 57 - GSM 0661 182 702

39,80 DH  
Lot: V0871H  
Per: 03-2022





Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif  
du Foie & de l'Anus

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abscès

Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie

Ex chef de service de Gastro-entérologie Hôpital

Mly Abdellah Mohammadia



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير

الفحص بالأشعة فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي

للمعدة والمعي القليل

تشخيص وجراحة أمراض المخرج

رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى مولاي عبدالله المحمدية

02 Dec 2019

Mohammadia Le : .....

KARAMI HAKIM

Recherche de sang & de  
(FIT) test  
Immunologique

Dr. Nourdine MALLOUK  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif du Foie & de l'Anus  
Tél : 0523 32 14 19 - GSM : 0661 182 702



# LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Dr. EL HAJAJI MOHAMED  
Abderahmane serghni- Mohammedia.

ICE: 001781528000074

INPE: 093002509

Pat: 39450049

IF: 34637815

**FACTURE N° : 200101672**

MOHAMMEDIA le 15-01-2020

Mme KARAMI HAKIMA  
2001150043

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche de sang dans les selles quantitative	-	HN

Total des B : 200

TOTAL DOSSIER : 250.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante dirham s.





المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

المحمدية - (في اتجاه باب القصة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

Date du prélèvement : 15-01-2020 à 09:35

Code patient : 2001150043

Né(e) le : 24-02-1969 (50 ans)

Edition du : 16-01-2020

Mme KARAMI HAKIMA

Référence : 2001150043

Prescripteur : Dr NOURDINE MALLOUK

## RECHERCHE QUANTITATIVE DE SANG DANS LES SELLES

TECHNIQUE DE L'ANALYSE: (Immunoturbidimétrie (IFOBT))

Résultat :

Négatif

Titre

<75 ng/ml

<15 ug/g

### INTERPRETATION :

Négatif : <75 ng/ml - <15µg/g de selles

Positif : >75 ng/ml - >15µg/g de selles



www.labocentral.ma

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الطابق السفلي عمارة الحر ، شارع عبدالرحمان السريغيني (في اتجاه القصة) - المحمدية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammedia@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88