

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



109965

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001462

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10216 Société : RSN

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAHI RACHID Date de naissance : 18/12/1966

Adresse :

Tél. : 0613 996404 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/03/22

Nom et prénom du malade : DAHI RACHID 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 : CSA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 21/03/2022

### RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/03/22        | 1/2+Extracapto    | 400 Ddh               |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 21/03/22 | 363,00                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES                                | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS                             |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
| DEBUT D'EXECUTION                              |                |                  |             |                         |
| FIN D'EXECUTION                                |                |                  |             |                         |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX                        |                |                  |             |                         |
| DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE     |                |                  |             |                         |
| H  | 25533412       | 21433552         |             |                         |
| D  | 00000000       | 00000000         |             |                         |
| B  | 35533411       | 11433553         |             |                         |
| 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'EXECU  |                |                  |             |                         |

**Dr. Anwar EL AALAM**

**Spécialiste  
Chirurgie Générale**

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier  
Ex. Chirurgien des Hôpitaux Militaires  
Chirurgie Digestive, Gynécologique,  
Célochirurgie, Proctologie  
( Hémoroides Fissures, Fistules )  
Echographie Générale

**الدكتور أنور العلام**

**اختصاصي  
الجراحة العامة**

خريج كلية الطب بمونبولي

مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

جراح سابق بالمستشفيات العسكرية

اختصاصي في : جراحة الجهاز الهضمي

أمراض النساء، جراحة الشرج (ال بواسير)

والجراحة بالمنظار

Casablanca, le .....

21/03/22

M0,00

Mml

M2M17

KARZIA

1) Indeo 40 mg

- 1 gel Vle m



LOT : M0617  
PER : 11/2023  
PPU : 190,00 DH

79,50

2) Cofroxene

- 1 (p x 3)

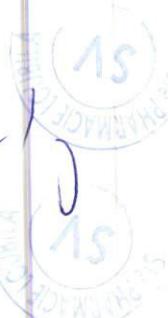


LOT : 210451  
PER : 07/2024  
PPC : 79,50DH

63,00

3) Mop 2

- 1 (p x 2)



31,00

4) Dehidrot

- 1 (p x 3)

Sté Phénicia  
Dr. G. El Aalam  
18, Rue Dr. Alami  
Tel.: 05 22 47 10 34  
Casablanca  
DOUBILA

Dr. EL AALAM A  
CHIRURGIE GENERALE  
119, Bd de Bourgogne  
Casab - Tél. 05 22 47 10 34

LOT :

PER :

PPV :

31,00

Flacon de 250 ml  
de suspension

جیل  
پری

63,40

**mag 2<sup>®</sup>**

122 mg 

30 ampoules buvables de 10 ml

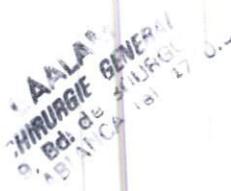
6 1 1 8 0 0 0 1 2 0 4 0 7

**DOCTEUR EL AALAM ANWAR**

**CHIRURGIE GENERALE**

Lauréat de la faculté de Médecin de Montpellier  
Ancien assistant des Hôpitaux de France  
119, Bd de Bourgogne Casablanca  
Tel/Fax : 022.47.10.34  
Patente : 35601033

21/03/22



**Objet : Facture**

Nom : ..... Dahi .....

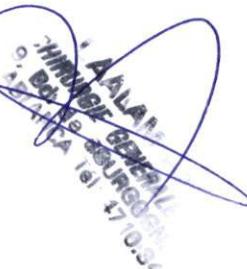
Prénom : ..... KARIM .....

Diagnostic : ..... Véo Echo graphie .....

Montant : ..... 100 DH .....

Facture arrêtée al somme de :

..... 100 DH .....



# **DOCTEUR EL AALAM ANWAR**

## **CHIRURGIE GENERALE**

Lauréat de la faculté de Médecin de Montpellier

Ancien assistant des Hôpitaux de France

119, Bd de Bourgogne Casablanca

Tel/Fax : 022.47.10.34

Patente : 35601033

Nom du patient :

Date :

Mr. J. T. K. A. M.  
21/03/2021

## **COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

- Le foie est de taille normale de contours réguliers ; d'échostructure homogène, sans lésion focale, ou diffuse.
- La vésicule biliaire est libre, de contenu, et paroi ~~normale~~ *Pas de bulle*.
- La voie biliaire principale est de calibre normal.
- Pas de dilatation de s voies biliaires intra hépatiques.
- Le pancréas est de taille et d'échostructure normales.
- La rate est de taille normale, homogène.
- Les reins sont de taille normale de contours réguliers ; sans dilatation des cavités pyélo-calicielles ; sans lithiase décelable.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Absence d'épanchement intra péritonéal.

## **EN CONCLUSION :**

Echographie abdominale normale.....

*Stéatos... Hepatop...  
Hépatite  
Hépatite*

*D. EL AALAM A*  
**CHIRURGIE GENERALE**  
119 Bd. de Bourgogne  
Casab - Tel. : 022.47.10.34