

# 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 ALQ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0015652

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6540 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 25/11/2022  
Nom et prénom du malade : EZZIDI NAITA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection digestive  
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) :

## 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



# 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
25/10/22			300,00	Dr. Abdelhak MELLAH Gastro Entérologue 261 Bd. Abdelmoumène B.P. 2 Ely 1 Cas Tél: 05 22 86 00 20 / 05 40 06 82 10

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25/10/22 180,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

25/10/22 Ecographie 400,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

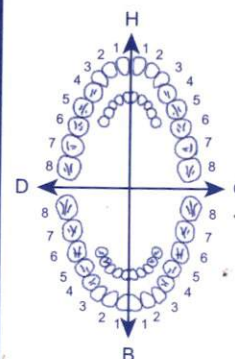
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

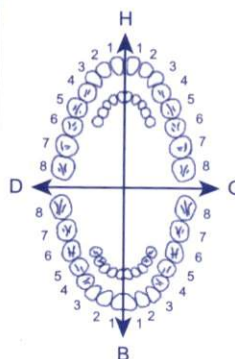
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

LOT : 210669  
EXP : 03/2024  
PPV : 45,10DH

**k MELLAH**

de l'appareil digestif  
de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Échographie abdominale  
Endoscopie digestive  
Proctologie médico-chirurgicale



الدكتور عبد الحق الملاح  
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
خريج كلية الطب بمونبلي فرنسا  
الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار الداخلي  
علاج وجراحة أمراض الشرج

Le 25/11/2022

Mme EZZIDI NAIMA

82.10

53.10

65.10

- 1- EUZOL 20  
1 cp le matin à jeun
- 2- RELAXOL  
1 cp x 2 par jour après repas
- 3- VOGALENE  
1 gélule x 2 par jour avant repas

= 180.30

LOT : ZZE004  
PER: 01/2025

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

**HARMACIE ATHINA**  
N° 7 Lot 1  
Ain Sidi  
Abab Groupe C2  
CASABLANCA  
37473

**Dr. Abdelhak MELLAH**  
Gastro-entérologue  
261 Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 Etage 1 Casa  
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 40 96 83 00



**Dr. Abdelhak MELLAH**

*Spécialiste des maladies de l'appareil digestif  
Endoscopie, Échographie  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier*



الدكتور عبدالحق الملاح  
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالصدى و المنظار  
خريج كلية الطب بمونبلي فرنسا

Le 25/11/22

NOTE D'HONORAIRES N°

M<sup>n</sup> 688101 NAFIA

- ☐ Fibroscopie OGD :
- ☐ Echographie abdominale
- ☐ Rectosigmoidoscopie :
- ☐ Coloscopie :

quatre cent cinquante  
400 00

**Net à payer :**

sept cent cinquante  
700 00

Dr. Abdelhak MELLAH  
Gastro Endrologue  
261 Bd. Abdelmoumen Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence AL AMAL ( Station Tram Abdelmoumen)  
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 40 06 83 00  
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 40 06 83 00

261 شارع عبد المؤمن العمارة «ب» - رقم 2، الطابق 1 الدار البيضاء - إقامة الأمل ( محطة طرام عبد المؤمن )

261, Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence AL AMAL ( Station Tram Abdelmoumen)

Tél. : 05 22 86 00 20/05 40 06 83 00 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com

ICE: 001628998000055 IF: 14441726 TP: 36300334 CNSS: 980622 INP: 091112276

**Dr. Abdelhak MELLAH**

*Spécialiste des maladies de l'appareil digestif  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Échographie abdominale  
Endoscopie digestive  
Proctologie médico-chirurgicale*



**الدكتور عبدالحق الملاح**  
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
خريج كلية الطب بمونبلي فرنسا  
الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار الداخلي  
علاج وجراحة أمراض الشرج

25/11/2022

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

NOM : Mme EZZIDI NAIMA

INDICATION : Syndrome dyspeptique.

FOIE :

Météorisme abdominal.

Echostructure homogène, contours réguliers, taille normale.

VESICULE BILIAIRE :

Vésicule biliaire à contenu transsonore et à paroi fine.

La voie biliaire principale est de calibre normal.

RATE ET REIN :

La rate est d'échostructure et de taille normale.

Les reins sont d'échostructure et de taille normale.

PANCREAS :

Aspect normal

CONCLUSION :

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE**

**Dr. Abdelhak MELLAH**  
Gastro Entérologue  
261 Bd. Abdelmoumen Imm B N° 2 Etg 1 Cx  
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 49 36 83 00