

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	6540	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> 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	Age :	
Nom et prénom du malade :	EZZEDDI NIYAH	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : .....



## **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
25/11/18			300,00	Dr. Abdelhak MELLAH Gastro 261 Bd. Abdellatif Ben YOUSSEF Tél: 0522 86 00 00 / 0540 06 83 00 Signature : 

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Lot Chabac 05/06/2013</i>	<i>25/06/2013</i>	<i>180.30</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Abdelhakim MELLAH Gastro Entérologue 261 Bd. Abdelmoumen - 1000 Casablanca Tél: 05 22 86 00 20 / 05 43 06 83 00	25/01/22	Echographie	200 Dhs 400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

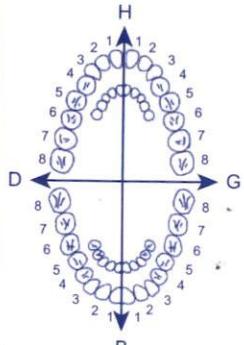
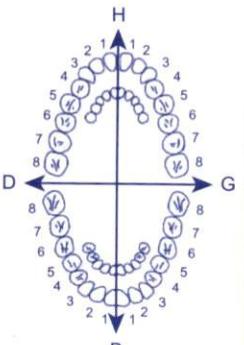
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DATE DU DEVIS [Empty box]
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 210669  
 EXP : 05/2024  
 PPV : 45,10DH  
 k MELLAH  
 de l'appareil digestif  
 de la Faculté de Médecine de Montpellier  
 Échographie abdominale  
 Endoscopie digestive  
 Proctologie médico-chirurgicale



8250

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

Le 25/11/2022

Mme EZZIDI NAIMA

82.10

- 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

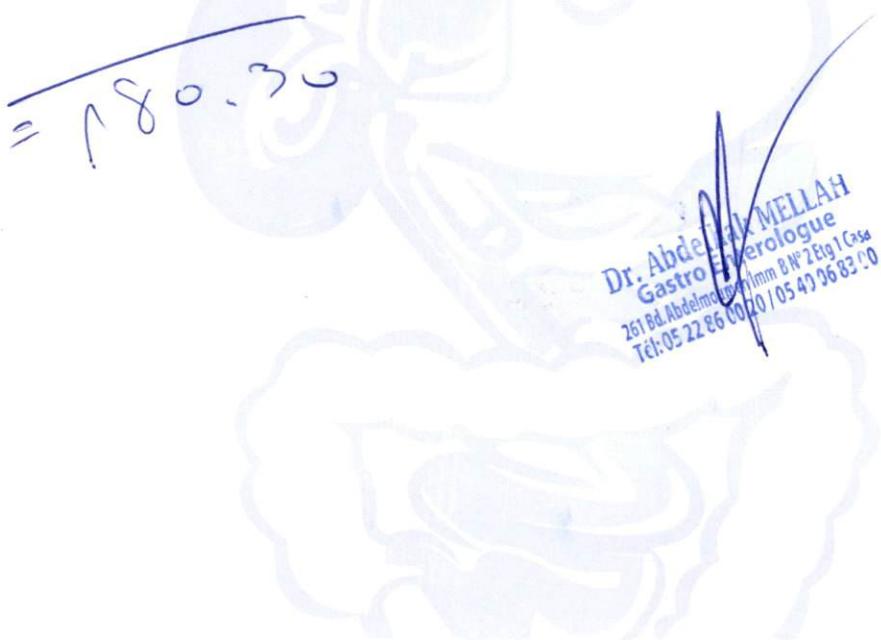
53.10

LOT : 22E004  
 PER : 01/2025

RELAXOL 500MG/2MG  
 CP B20  
 P.P.V : 53DH10  
 6 118000 060833



65.80



CHARMACIE ATHINA  
 N° Lot : 22E004  
 Ain S.  
 Bab Groupe C2  
 ASABIANCA  
 267115 37473

Dr. Abdeljalil MELLAH  
 Gastro-Enterologue  
 261 Bd. Abdelmoumen Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence ALAMAL ( Station Tram Abdelmoumen )  
 Tél: 05 22 86 00 20 / 05 49 96 83 00

261 شارع عبد المؤمن العماره (ب) - رقم 2 ، الطابق 1 الدار البيضاء - إقامة الأمل ( محطة طرام عبد المؤمن )  
 261, Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence ALAMAL ( Station Tram Abdelmoumen )  
 Tél. : 05 22 86 00 20 / 06 69 05 73 31 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com

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

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

Tél. : 05 22 86 00 20 / 06 69 05 73 31 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com

**Dr. Abdelhak MELLAH**

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



الدكتور عبد الحق الملاح  
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالصدى و المنضار  
خريج كلية الطب بمونبلي فرنسا

Le 25/m/22

NOTE D'HONORAIRES N°

M 6882 Di NAiS

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

quatre cent L.  
400 00

**Net à payer :**

Sept cent L.  
700 00

Dr. Abdelhak MELLAH  
Gastro Endoscopy  
161 Bd. Abdelmoumen 90000  
Tél: 05 22 86 09 20 / 05 41 36 83 00

261 شارع عبد المؤمن العماره (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: 00162899800055 IF: 14441726 TP: 36300334 CNSS: 980622 INP: 091112276



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 Enterologue  
261 Bd. Abdelmoumen Immeuble B N° 2 étage 1  
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 41 06 83 00