

# 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 ALC :

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

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062094

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres


### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2521 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZEDDAGH KHADIJA  
 Date de naissance : 02.03.51  
 Adresse : RUE 30 - NR 43  
 Tél. : 0682 20 92 98 Total des frais engagés : 1.161,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 27/04/2023  
 Nom et prénom du malade : ZEDDAGH Khadija Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur Abdominale  
 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 : CASABLANCA Le : 27/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
27.12.23			200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MEDDAH Mohamed Hwy Lakemah Casablanca Tel: 05 22 21 33 13 Fax: 05 22 21 33 13 INPE 06 61 06 55 03	27/12/23	711,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. LABAD ALI Castro d'Anfa - Casablanca Tel: 05 22 94 37 45 / Fax: 05 22 94 37 47	27.12.23	Echographie 20	250,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

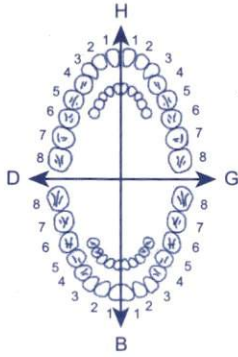
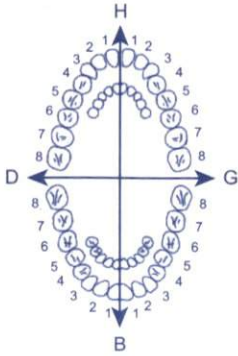
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE

SUR RENDEZ - VOUS

Horaires continus



الأستاذ لبيض علال  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير  
بالموعد  
توقيت مستمر

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء, في

27/04/2023

## Mme Zeddagh Khadija

73.50 DH  
148.00

Forlax N° 2  
1 s le matin à jeun



PPV : 21,00 DH

Librax N° 2  
1 comprimé, matin et soir avant manger

PPV : 21,00 DH

Algofer 400 N° 1  
1 comprimé, midi et soir



P.P.V. : 30 DH 00

PPC : 95,00 DH

Fibocare N° 2  
1 cuillerée midi et soir après manger

PPC : 95,00 DH

Péridys N° 2  
1 comprimé, matin et soir avant manger

Ixor 20 bte 28 N° 2  
1 comprimé le matin à jeun

PPV 118DH50

PPV 118DH50

T = 711,60

158, Boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél : 05 22 94 37 45 / 06 31 25 03 85

**Professeur LABIAD ALLAL**  
**Specialiste des Maladies**  
**de l'Appareil Digestif**

**Note d'honoraires**

Date	Numéro
27/04/2023	375.04/23

ZEDDAGH Khadija

Date	Lieu	Acte	Montant
27/04/23	Cabinet	Consultation	200,00
		Echoscopie	250,00
Total			450,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

LABIAD ALLAL  
Gastro-Entérologue  
158 Bd. d'Anfa - Casablanca  
Tél 05 22 94 37 45  
Fax 05 22 94 37 47



**Professeur LABIAD ALLAL**  
**Specialiste des Maladies**  
**de l'Appareil Digestif**

**ECHOSCOPIE**

Casablanca le, 27/04/2023

**Mme ZEDDAGH Khadija**

**Clinique**

Douleur de l'hypochondre droit.

**Examen**

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.  
Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.  
Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.  
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.  
Pancréas de taille et d'échostructure normales.  
Rate homogène, de volume normal.  
Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale,  
sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

**Conclusion**

Echographie abdominale ne montrant pas d'anomalie apparente(colon ascendant à  
controler)  
Météorisme colique.

DR LABIAD ALLAL  
Gastro Entérologue  
158 Bd d'Anfa - Casablanca  
Tel 05 22 94 37 45  
Fax 05 22 94 37 47