

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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 Alial 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.m-upras.com

Maladie

Dentaire

Optique

12779

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 1747 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUARAFANA Mohamed

Date de naissance : 4 Mai 1952

Adresse : Hay Mazola Rue 4 n° 62

Résidence Amel

Tél. 0661672048 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

**Professeur Salwa NADIR**  
Hépato-Gastro entérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Essalam  
120, Bd. Al Yousfi Casablanca - Tél: 0522 86 27 27 / 0514 16

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2019

Nom et prénom du malade : Fouad Agence Mohamed 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 Casablanca le 16 DEC 2019 Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : Khalid Fakir

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/11/15        | S                 |                       | 252,00                          | <i>Professeur Salwa</i><br>Hépato-Gastro entéro Chirurgie<br>Practologue Médical et Chirurgical<br>Clinique Dar Essalam<br>Al Wabba Al Gharbia 10022 Rabat 10022 02/851414 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>EL HARTI Radha</i><br>Inscrit en pharmacie<br>El Nassim El Bahr Sidi Rached Chatij<br>Tél: 0527 96 90 08 INPE 06 20 45 01 81 | 27-11-15 | 1357,00               |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Professeur Nassim El Bahr</i><br>Radiologie Médicale et Chirurgicale<br>Clinique Dar Essalam<br>Al Wabba Al Gharbia 10022 Rabat 10022 02/851414 | 27/11/15 | RADIOGRAPHIE CHOMINALE       | 402,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 d

| 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  |  |             | Coefficient des Travaux                           |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411                                   | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | MONTANTS DES SOINS                                |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | DATE DU DEVIS                                     |
|  |  |  |             | DATE DE L'EXECUTION                               |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |  |  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

# Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"  
Echographie et Endoscopie Digestives  
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"  
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"  
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب  
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء  
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
التخدير بالمنظار والصدى  
أمراض وجرأحة الشرج

Casablanca, le ..... 27.11.2019 ..... الدار البيضاء، في

## Mr OUARAFANA Mohamed

Prendre :

86.90

### 1 - ESAC 20

1 gélule le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

48.42

### 2 - GAVISCON SUSPENSION

1 cuillère à soupe le soir pendant au coucher en cas de besoin

135.30



بروفيسور سلوى ندير  
Professeur Salwa NADIR  
En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، رقم 10 - تل. : 05 22 86 27 86 - فاكس : 05 22 86 34 39  
مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14  
120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 -  
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 05 22 85 14 14

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : الموقع الإلكتروني : Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma



86796

## Professeur Salwa Nadir

الدكتورة سلوى ندير

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب  
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء  
اختصاصية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
التخفيص بالمنظار والصدى  
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le

27/11/2019

الدار البيضاء، في

## Note d'honoraires

Le docteur

a l'honneur de présenter ses compliments  
à Mr (Mme) Zenarafzane et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;

soit la somme de 400,00 dhs.

pour

**ECHOGRAPHIE  
ABDOMINALE**

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - شارع مولاي ابريس الأول، الطابق 4 . رقم 10 - مصحة دار السلام، 728، شارع مودودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف . - البريد الإلكتروني : E-mail : salwanadir@yahoo.fr

Site web : www.prmadirsalwa.com/www.prmadirsalwa.ma

Date d'examen :27/11/2019

Nom et Prénom :Mr OUARAFANA MOHAMED

Age :Né en 1952

Indication : Distension abdominale

## Compte rendu

- Foie de taille normale, de contours réguliers ,d'échostructure hyperchogène.
- Vésicule biliaire libre à paroi fine.
- Absence de lésion focale hépatique .
- Absence de dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale.
- Tronc porte de calibre normal
- Rate ,rein droit sans anomalie.
- Rein gauche siège d'un gros kyste rénal d'environ 8cm de grand axe
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Présence d'une volumineuse hernie de la ligne blanche avec un défaut d'environ 10cm.
- Aérocolie++

**Conclusion : Stéatose hépatique +kyste rénal gauche d'allure bénigne+hernie de la ligne blanche**

PROFESSIONNEL DE LA SANTE  
PARIS  
M. KALYAN  
CHIRURGIEN PLASTIQUE  
COSMETIQUE ET ESTHETIQUE  
CLINIQUE  
PARIS  
TÉL : 01 40 20 20 20  
MOB : 06 77 77 77 77