

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 063677

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005 Société : Retraite
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 137477
 Nom & Prénom : AGOUMI EL Mostafa
 Date de naissance : 12 mars 1951
 Adresse : Hôpital
 Tél. : 05 22 93 46 20 Total des frais engagés : 1152,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/22
 Nom et prénom du malade : A. Agoumi
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AGOUMI EL Mostafa
 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 : 13/05/22

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
13.06.22	C 3	300 DH		
	échographie	500 DH		
		700 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/06/22	352,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

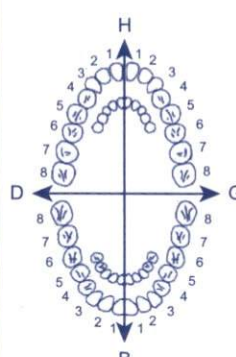
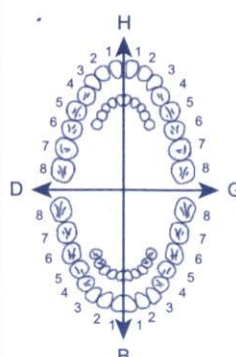
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

casa le : 13/06/2022

MR AGOUMI EL MOSTAFA

Echographie Abdominale

Clinique: Douleurs abdominales

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogene

Veine porte de calibre normal. Veines sus-hépatiques libres.

Loge vésiculaire libre (cholécystectomie).

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Pancreas non vu en raison de l'interposition des gaz

Rate de taille normale

Reins échographiquement normaux

Absence d'ascite.

Aérocolie+++

Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
201, شارع أنفا - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 61.61.94 / 0522 62.62.94

Professeur Driss Jamil

Maladies du Foie et de l'appareil digestif
Endoscopie digestive - Echographie
Proctologie Medico-Chirurgicale
Membre de l'association Française des maladies du Foie (AFEF)
Membre de la société Française de coloproctologie
Membre de la société Française d'endoscopie digestive
Président de l'Association SOS Hepatite

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التنظير الداخلي
علاج وجراحة المخرج
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الكبد
عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي
رئيس جمعية إغاثة مرضى الكبد

Facture N°: 760

Date : 13/06/2022
Bénéficiaire : Mr Agoumi El Mostafa
Mr AGOUMI EL MOSTAFA
Tél: 0666/96/22/76
Email:
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 13/06/2022				
CNS	Consultation	1	300,00	300,00
ABD	ECHOGRAPHIE	1	500,00	500,00
			Total	800,00

Arrêté le présent document à la somme de :
huit cents dirham(s)

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
201, شارع أنفا
الدار البيضاء
الهاتف: 0522.62.62.94 / 0522.94.61.61

Professeur Driss Jamil

Maladies du Foie et de l'appareil digestif

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de l'association Française des maladies du Foie (AFEF)

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie digestive

Président de l'Association SOS Hepatite

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التنظير الداخلي

علاج وجراحة المخرج

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الكبد

عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي

رئيس جمعية إغاثة مرضى الكبد

Casablanca, le casa le : 13/06/2022 في الدار البيضاء

MR AGOUMI EL MOSTAFA

32,10

- Nutesa - suspension buvable

1 cas, matin, soir, avant les repas, pendant 6 jours

40,40

- Meteospasmyl - capsule molle

1 Capsule, matin, midi, soir, au milieu du repas, pendant 8 jours

280,00

- SysMETIX - Gélule

1 Capsule, midi, au milieu du repas, pendant 01 mo

352,50

0522 94 61 61 / 0522 94 62 62
البريد: 201
الطابق الثالث
الشارع أنفا
الدار البيضاء

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
118001 100293

LOT: 220108
EXP: 01/2024
PUC: 280.000H
Fabrication:
belle vie
Rue E. Ducloux, 50
5050 Sambreville - Belgique