

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-687160



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7139	Société : NESSAI SAMAL EDITION MJSIT		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NESSAI SAMAL EDITION MJSIT			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 61 29 49 50	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Enfant	
Douleurs Abdominales		
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'accord 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) : Dr. BERNOUSSI Samia INP : 10 10 31 136

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-687160

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Meilleur attestant le Parfait des Actes
25/03/2013	2	300,00	DE BERNOUSSI	
26/03/2013	2	400,00	INP : 26.03.13	
27/03/2013	30		AMOUESSI Samia	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture INP : 10
 Béchir Kacem Tél: 05 33 65 88 27 2015914	25/11/23	550,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

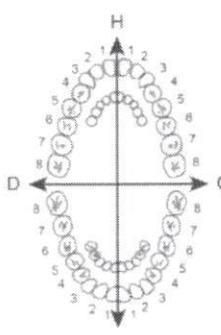
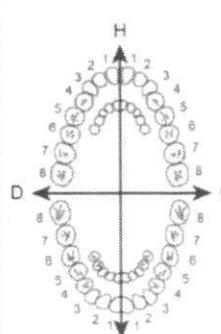
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>								
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> B			H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	21433552											
25533412	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



المراكز الطبية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد والشرج بأڭادال
CENTRE MEDICALE D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
ET DE PROCTOLOGIE DE L'AGDAL

Dr. Samia BERNOUSSI

Hépato - Gastro - Entérologue - Proctologue
Ancienne attachée au service
d'endoscopie de l'Hôpital
Rangueil - Toulouse

الدكتورة سامية البرنوسي

أمراض الكبد والشرج والجهاز الهضمي

خريجة كلية الطب تولوز

ملحقة سابقا بجناح التنفس

بصحة رونكوي - تولوز

Rabat , le 25/01/23
الرباط، في

nr Nefeu Tammal .

48,70
soapred 20

3 CP J 1
2 CP J 2
2 CP J 3
2 CP J 4

89,70 × 3
نادي الفيل

1 CP 11 X

54,70 نادي الـ

1 CP AX T



PATENTE : 25736457 - IF : 3330761 - RC : 42145 - CNSS :

ICE : 001639153000089

LOT 220741
EXP 03 2027
PPV 54.70



RAZON 40 -

180,00

ICP CM 112 H 8

des repas à l'heure

عن طريق الفم

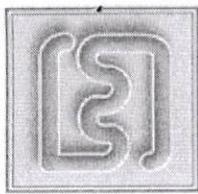
LOT : 625
PER : 09/25
PPV : 180,00 DH

RAZON®
40 mg
28 Comprimés entrobés
gastro-résistants



6 118000 140849

55014?
CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE
Dr Samia Bernoussi
INR: 7401031136
ICE: 001639153000089



CENTRE MEDICAL D'HEPATO-GASTRO
ENTEROLOGIE ET DE PROCTOLOGIE DE L'AGDAL

Dr .Samia Bernoussi
Hépato-Gastro- Entérologue -Proctologie
Ancienne attachée au service

DE PATENTE : 25736457
IF :3330761
RC :42145
CNSS :2445105
ICE :001639153000089

Mr: Nejai jamal
Rabat-le :25/01/23

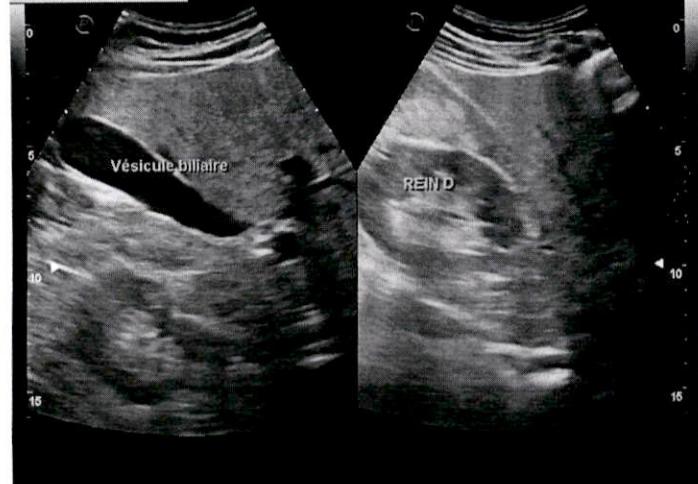
FACTURE DES EXPLORATIONS.N°100

date	Actes	Cotation	Prix
	Consultation	C2	300.00dh
	Echographie Abdominale	K30	400.00dh
Total			700.00dh

Arrêter la présente facture à la somme de : **Sept cent dirhams**

Dr. BERNOUSSI Samia
INP: 10 10 31 13 6
CENTRE DE
GASTROENTEROLOGIE
46, AV. de France Agdal-Rabat
Tél.: 037 77 76 13 22
ICE: 001639153000089
TEL 037 77 76 13
037 77 76 22

MR NEJAI JAMAL

B P Gen-M G 50 %
TEI 169 mm Xv/M C3/-
PRC 8/2/29 PRS 6Abdominal
AC2541 Général

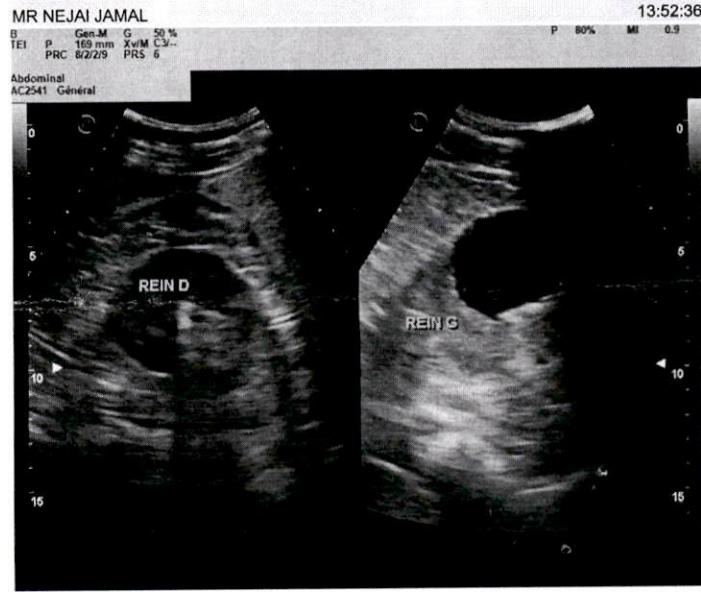
MR NEJAI JAMAL

B P Gen-M G 50 %
TEI 169 mm Xv/M C3/-
PRC 8/2/29 PRS 6Abdominal
AC2541 Général

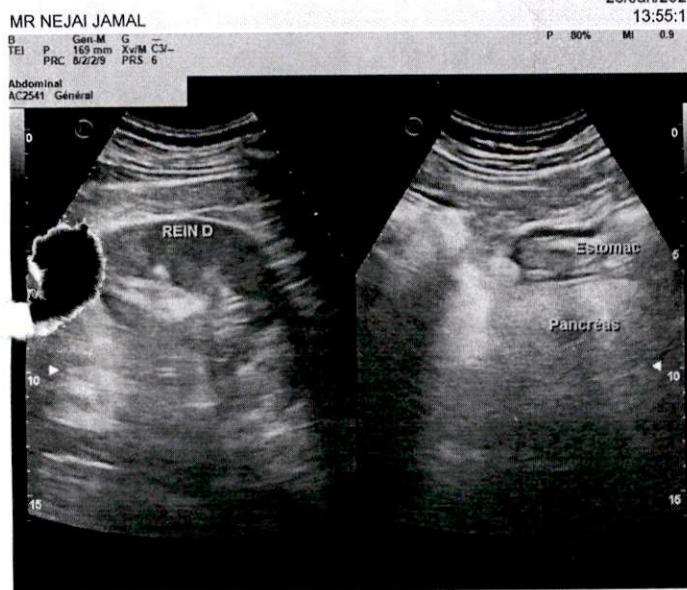
MR NEJAI JAMAL

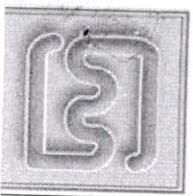
B P Gen-M G 50 %
TEI 169 mm Xv/M C3/-
PRC 8/2/29 PRS 6Abdominal
AC2541 Général

MR NEJAI JAMAL

B P Gen-M G 50 %
TEI 169 mm Xv/M C3/-
PRC 8/2/29 PRS 6Abdominal
AC2541 Général

MR NEJAI JAMAL

B P Gen-M G 50 %
TEI 169 mm Xv/M C3/-
PRC 8/2/29 PRS 6Abdominal
AC2541 Général



CENTRE MEDICAL D'HEPATO-GASTRO
ENTEROLOGIE ET DE PROCTOLOGIE DE L'AGDAL

RABAT LE : 25/01/23

Nom : Mr Nejai

Prénom : Jamal

Renseignements cliniques : Douleurs abdominales.

Echographie abdominale réalisée à l'aide d'une sonde 3,5 MHZ.

COMPTE RENDU.

➤ Le foie est de taille normale, **réguliers** et de contours réguliers.

➤ Le tronc porte et les veines sus - hépatiques ont un aspect normal.

➤ La voie biliaire principale et les voies biliaires intra hépatiques ne sont pas dilatées.

➤ La vésicule biliaire est alithiasique et à paroi fine.

➤ **Pancréas est mal exploré gaz+++**

➤ La rate et sans particularité.

➤ Le rein gauche présente un kyste de 40mm de Ø

➤ Le rein droit présente une image hyperéchogène (calcul?)

NB : Il existe un épaississement de la muqueuse gastrique

Dr. Samia Bernoussi
CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE
INP : 101031184
ICE : 001639153000089