

# 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 du 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

- 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>122268</u>		Société : <u>RAA</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>171535</u>
Nom & Prénom : <u>REKHAYAT Aymen</u>			
Date de naissance : <u>01/02/1981</u>			
Adresse : <u>52 Lot. INNOVACR AIN DIAB CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>05 22 20 45 45</u> Total des frais engagés : <u>2612,20</u> Dhs			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA</b>          Hepato Gastro Entérologue          203, Boulevard Zerktoune          Tél: 0522 26001 80/74          Fax: 0522 36001 80/74          GSM: 0622 36001 80/74       </div>			
<p>Date de consultation : <u>31/01/2019</u></p>			
<p>Nom et prénom du malade : <u>BEL KHAYAT Aymen</u> Age : <u>38</u></p>			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
<p>Nature de la maladie : <u>Maladie Chronique</u></p>			
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>			
<p>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.</p>			

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 : 11/02/2019

Signature de l'adhérent(e) : REKHAYAT Aymen

### 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
02/08/93	Voir facture ci-jointe	24,50,00		REF: 91061069
21/08/93	G			RECEUVE D'UNE POLYCE MURALE PAR SALON 728, B.P. 16020 Brest 29200 TÉL: 06 22 85 14 00 - FAX: 05 22 83 08 98

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

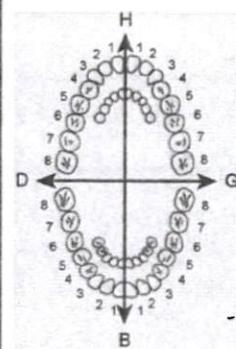
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

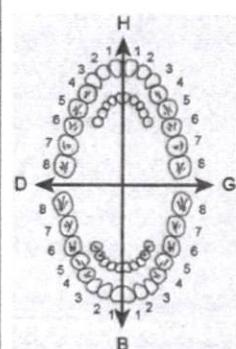
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411
G	00000000	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

Ancien attaché des hôpitaux de pitié-salpêtrière, BICHAT - PARIS

Membre de la société française de GASTRO-ENTÉROLOGIE

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Casablanca le, 21/08/2025

Melle/Mme/Mr *BECKHAFT - ZOGARI - Ryfem*

## FORTTRANS (4 sachets)

Diluer chaque sachet dans un litre d'eau, à prendre la veille de

L'examen à partir de 13h à 20h.

Au choix : (à aromatiser avec le sirop sport citronné vendu dans les  
Grandes surfaces.)

## LE REGIME DE LA VEILLE DE L'EXAMEN

Le petit déjeuner : un toast ou une tranche de pain + miel ou confiture ou

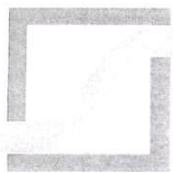
huile d'olive + thé ou café noir.

Le déjeuner : un steak de poulet ou viande grillé + riz ou pain.

**Boissons à volonté : thé, café noir, jus de conserve.**

**A éviter : produits laitiers, crudités ; pain complet.**

*EL YOUNSI MUSTAPHA  
203, Bd Zerkouni  
Tél: 0522 36 01 80 01 74  
Fax: 0522 36 01 80 01 74  
Gsm: 06 23 77 74 11  
E-mail: elyounsimustapha@hotmail.com*



## COLOSCOPIE TOTALE

Nom : BELKHAYAT ZOUGARI

Prénom: MYRIEM

Age: 01/02/1981

DATE: 02/08/2023

Examen Sous SEDATION

Anesthésiste : Dr. CHAHLAOUI

Appareil : Olympus CV 180

Clinique Dar Salam

Opérateur : EL YOUNSI

Aide : NOURA

**Indication :** Ballonnement abdominal récidivant. ANTCD de Néo du colon chez un parent de premier degré

### Examen :

Préparation au Fortrans de mauvaise qualité

Progression jusqu'au bas fond caecal dans un colon occupé par endroit par des résidus stercoraux.

Les différents segments coliques, examinés au retrait, ne présentent aucune anomalie.

**Conclusion :** EXAMEN NORMAL sous réserve d'une mauvaise préparation

Fiabilité de l'examen pour le dépistage des polypes est seulement de 50 %

EXAMEN A REFAIRE DANS TROIS MOIS.

URGENCES 24/24 *مستعجلات*





# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

Ancien attaché des hôpitaux de pitié-salpêtrière beaujon, BICHAT - PARIS

Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • Ph-métrie oesophagienne

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Casablanca le, 01/08/2023

Mme BELKHAYAT ZOUGARI Myriem

- Coloscopie totale

RDV le  
Le matin à jeûne  
Clinique Dar Salam

POLYCLINIQUE DAR SALAM  
203, Bd. Modibo-Kéita Casab  
Tél: 05 22 85 14 14  
Fax: 0522 63 08 80

DR. LYOUNSI MUSTAPHA  
Hépato-Gastro-Entérologue  
203, Bd. Zerktouni  
Tél: 0522 36 01 80/74  
0522 36 01 74  
0522 36 01 74 11

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202306284	02/08/2023	Mme BELKHAYAT ZOUGARI Myriem	Payant	02/08/2023 02/08/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
COLONOSCOPIE		Kc	1	2 420,00	2 420,00
PHOTO			1	50,00	50,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					2 470,00

### AUTRES PRESTATIONS

<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					0,00

Arrêtée la présente facture à la somme <b>DEUX MILLE QUATRE CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>2 470,00</b>
--	----------------------	-----------------

POLYCLINIQUE DAR SALAM  
728, Bd. Modiboukala - Casablanca  
Tél: 05 22 851 414  
Fax: 05 22 830 880

**URGENCE**  
Clinique DAR SALAM

REGLEMENT PAR CHEQUE  
Date: 04/08/23  
CHQ. N° 60583 Bq. 6MCC  
Montant: 2470,00  
Banque de Caisse N°:

URGENCES 24 / 24 مستعجلات

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352  
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma  
ICE : 001660857000058

**CLINIQUE DAR SALAM****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** 23H02090505**NOM DU PATIENT** Mme BELKHAYAT ZOUGARI Myriem**DATE D'ENTREE** 2023-08-02 09:05:04**DATE DE SORTIE** 2023-08-02 12:00:00

POLYCLINIQUE DAR SALAM  
728, Bd. Modibokela - Casa  
Tél: 05 22 85 14 14  
Fax: 0522 83 08 80