

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-812951

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12268 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEL KHAYAT Ayiem 171535
 Date de naissance : 01/02/1981
 Adresse : 53 Lot ELACOR ANN DIAR CASABLANCA
 Tél : 06 61 10 66 20 Total des frais engagés : 2612,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
 Hepato Gastro Entérologue
 203, Boulevard Zerktouni
 Tél: 0522 3601 80/74
 Fax: 0522 3601 80/74
 Gsm: 0661 77 71 74

Date de consultation : 31/08/2019

Nom et prénom du malade : BEL KHAYAT Ayiem Age: 37

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
02/08/93	voir facture	1	2470,00	
01/08/93	ch. jointe			
	G			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

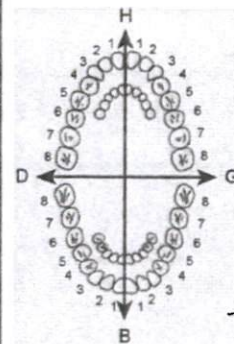
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

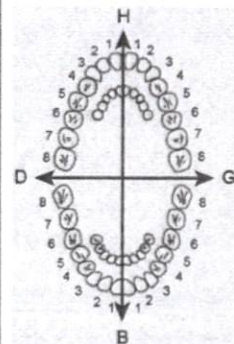
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 beaumont, Bichat - Paris
Membre de la société française de gastro-entérologie
Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • Ph-métrie oesophagienne
Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Casablanca le, 21/08/20

Melle/Mme/Mr

BEKKHAYAT - ZOUGARI - Nysiem

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.)

PHARMACIE LES CAPUCINES
Mme BENCHEKROUN Nawal
38, Bd. Massira Al Khadra - Casablanca
05 22 36 01 80 / 05 22 36 01 74

LE REGIME DE LA VEILLE DE L'EXAMEN

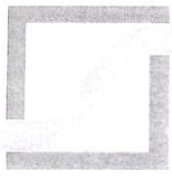
Le petit déjeuner : un toast ou une tranche de pain + miel ou confiture ou
huile D'olive + thé ou café noir.

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
Hépatogastro-Entérologue
203, Boulevard Zerketouni
Tél: 05 22 36 01 80 / 05 22 36 01 74
Fax: 05 22 36 01 80 / 05 22 36 01 74
Gsm: 06 23 77 74 11



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.

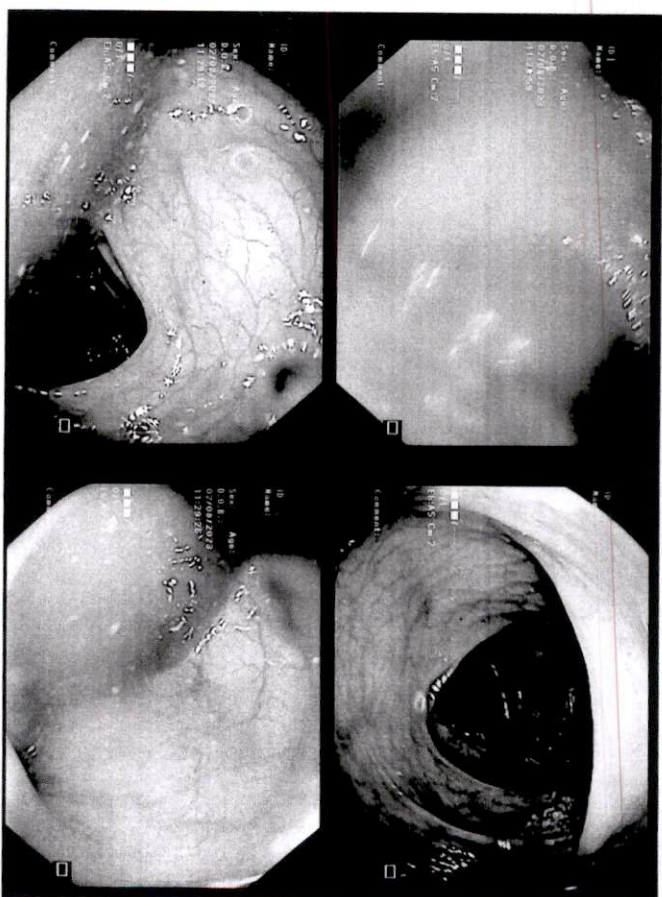
Les différents segments coliques, examinés au retrait, ne présentent aucune anomalie.

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
Fibroskopie • Coloscopie • Protocologie • Ph-métrie oesophagienne
Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Casablanca le, 01/08/2023

Mme BELKHAYAT ZOUGARI Myriem

- Coloscopie totale

RDV le
Le matin à jeun
Clinique Dar Salam

POUR CLINIQUE DAR SALAM
726, Bd. Modiboko
Tél: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 83 08 80

M. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hépatogastro-entérologue
03, Boulevard Zerkouni
Tél: 05 22 36 01 74
Fax: 05 22 36 01 74

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
TOTAL CLINIQUE					2 470,00

AUTRES PRESTATIONS

TOTAL AUTRES PRESTATIONS					0,00

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

POLYCLINIQUE DAR SALAM
728, Bd. Modibo keita - Casa
Tél: 05 22 851 414
Fax: 05 22 830 880

URGENCE
Clinique DAR SALAM

REGLEMENT PAR CHEQUE
Date: 02/08/23
CHQ. N° 60083 Bq. 8 MCE
Montant: 2470,00
n° de Caisse N° 2470,00

URGENCES 24 / 24 مستعجلات

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. Modibokelha - Casa
Tél: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 83 08 80