

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 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.

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.

M23-0028813

179150

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9738

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAABAOUY AZIZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1968,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hepato Gastro Entérologue
203, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 30 07 60/74
Fax: 0522 36 61 74

Date de consultation : 12/09/2023

Nom et prénom du malade : CHAABAOUY AZIZA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rombosis

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 12/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : ROMANIA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/09/2023	G	52	Général	
28/09/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/9/2023	1968,00

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

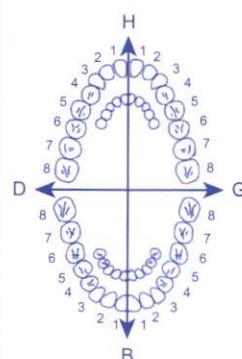
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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-SALPÉTRIÈRE beaujon, BICHAT - PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

• PROTOCOLOGIE • PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Créé le 12/09/2023

Mme CHAABAoui Aziza

Lovenox 0,6 ml
1 injection en sous cutané toutes les 12 heures (pendant 02 semaine)

PHOTOGRAPHIC STAMPS 2010
Spherical
TELEGRAMS FOR 1925
50, RUE DE LA PAIX
TEL: 05 32 25873067
IF: 40 32 42
PC: 245508

Dr. H. YOUNSI MUSTAPHA
Hepato Gastro Enterologue
203, Boulevard Zerkoura
Télé: 0522 36 01 74
Fax: 0522 36 01 74
Cell: 0623 77 71 44

203, Bd ZERKTOUNI, RÉSIDENCE BEN HAM, 2^e ÉTAGE - CASABLANCA - TÉL. 05 22 36 01 80
GSM. 06 23 77 74 11 - FAX. 05 22 36 01 74 - E-MAIL : ELVOUNSIMUSTADHA@HOTMAIL.COM

Lovenox®

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Lovenox 6000ulantixa Inj b2
P.P.V: 184,00 DH

6000 UI (6)

énoxaparine sodiq

Barcode: 6 118001 080456

m

↓
x 12 Ged