

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 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.

M22- 0048389

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01903

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benallal Abdellah Abdenrahman

Date de naissance : 23/11/1986

Adresse : halatuelle

Tél. : 0661062911

Total des frais engagés :

9.8130

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade : BEN ALLAL Abdellah Age :

Lien de parenté :

Un même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dolore

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 : 27/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
18/07/2023 18/07/2023	1	300 DM	PIA SIMPLIX-APPARAT Zerktoon GSM: 0723 36 01 80174 0523 26 01 74 14 123 7774

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية إفني PHARMACIE IFNI Dr. ALAMI Karima Tél : 022 41 91 66 AF Dr. Hind Benoussa 1 Rue Al Okhouar Tél : 05 23 39 8'	13/07/23	281,30
	13/07/23	131,30 INPE : 092034065
		102,60
		ANALYSES - RADIOGRAPHIES
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients Montant des Honoraires
Dr. G. NSI MUSTAPHA 16, Bouleyard Entérologue Fax: 0622 36 01 80/74 Gsm: 0623 77 74 11	13/07/23	500 DT

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 :

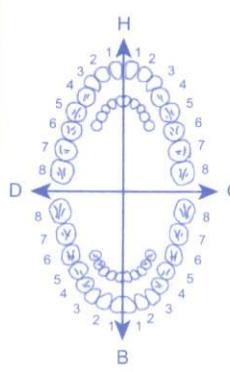
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

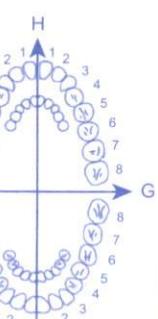
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des travaux</p>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
<p>Date du devis</p>														
<p>Date de l'exécution</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMED
LOT : 4329
UT.AV: 05-26
PPV:21DH00

Maroc



Facture N° FAC-14921

Date : 03/10/2023

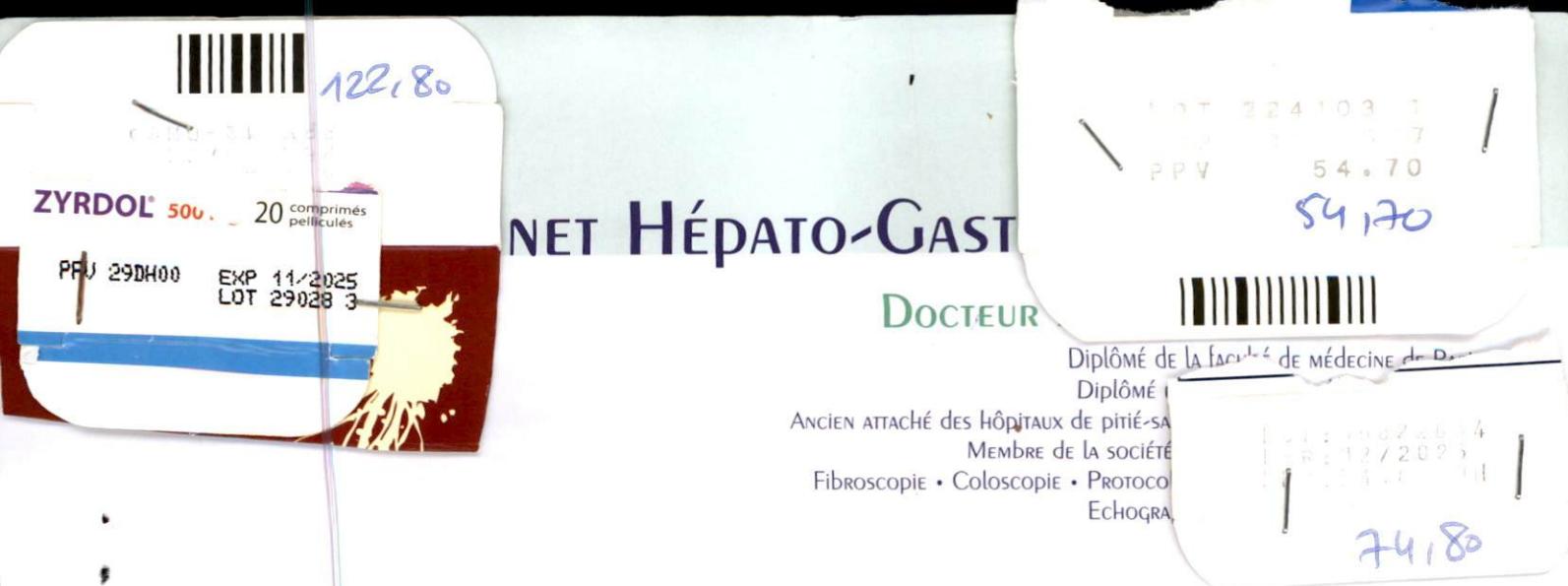
Produit	Qté.	P.U	Total
DOLIPRANE CO VITAMINE C 500MG B16 COMP EFFER	1	18,00	18,00
FEBREX ST POUDRE POUR ADULTE B8 SACHETS	1	21,00	21,00
ASPIRINE CO DEROL + VIT C B20 COMP	1	11,30	11,30

Total Organisme	0 DHS
Total Client	50,30 DHS
Total	50,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante DHS et trente centimes

PHARMACIE DU CAF
Dr Hid Benmousa
Télé: 05 22 39 8
TRIC AI Okhoudar

Benalla Al Ahdar
Najat



Mme BENALLAL Najat

Casablanca le, 13/07/2023

- 29,00 Zyrdol 500
1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)
- 44,80 Sepcen 500
1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)
- 54,70 Mebeverine forte
1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 02 jour)
- 122,80 ESAC 40
1 comprimé le soir au coucher (pendant 02 semaine)

الطبابة
PHARMACIE IFNI
Dr. ALAMI Karima
Tél : 022 44 94 66

30
PHARMACIE IFNI
Dr. ALAMI Karima
Tél : 022 44 94 66

Dr. ELYOUNSI MUSTAPHA
Hôpital Jeannine Enterologue
Bd Zerkouni, 30 Boulevard Zerkouni
Tél : 0522 36 01 80/74
Fax : 0522 36 01 74
Gsm : 0623 77 74 11



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 + Sphincterotomie

Bon de règlement

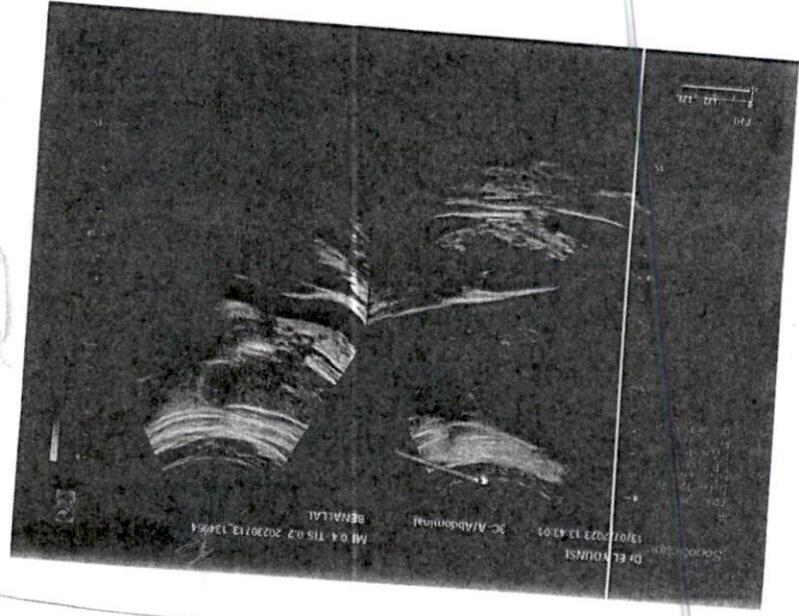
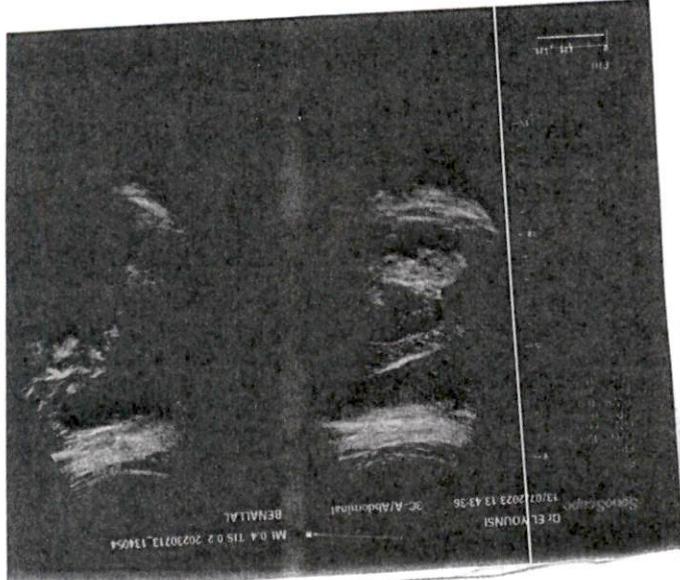
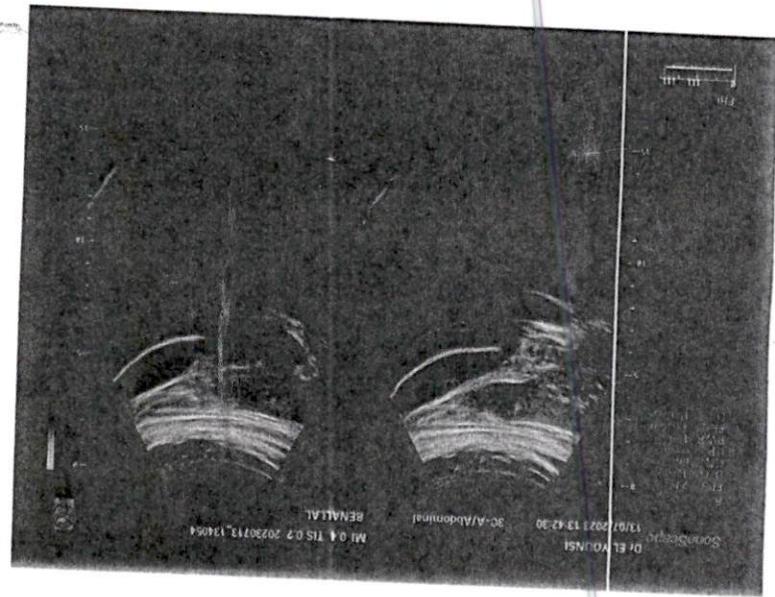
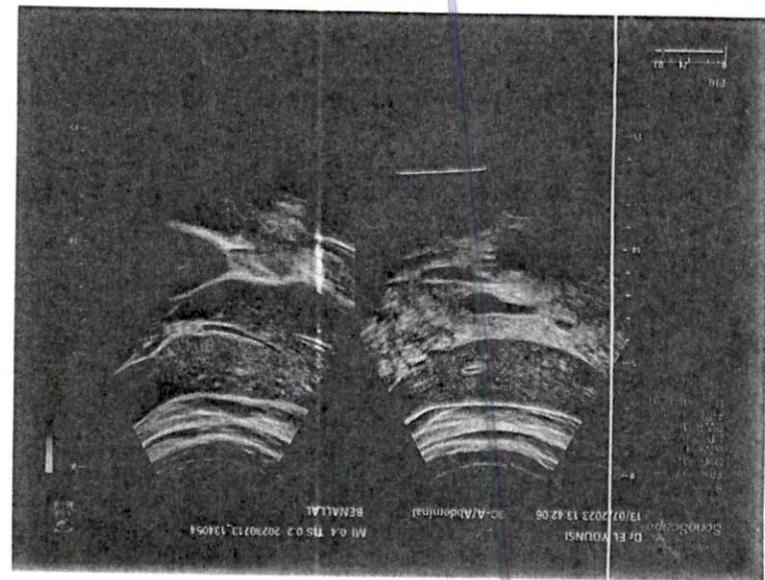
Mme, Melle, Mr : BEN ALAL - Najet

Acte : Echographie Abdominale.

Montant : 400 DH

Date : 13-07-2023

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hepato Gastro Entérologie
203, Boulevard Zerkoune
Tél: 0522 36 01 80/7
Fax: 0522 36 01 74
77 74 11





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 • Phémétrie oesophagienne

Echographie • CPRE + Sphincterotomie

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Mme BENALLAL Najat, 59 ans

Casablanca le, 13/07/2023

Clinique

Douleur de la FIG

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.
Vaisseaux hépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Aérocolie importante.

Conclusion

Examen Normal

Dr M. YOUNSI MUSTAPHA
Hépato Gastro Entérologie
203 Bd Zerktouni
Tél: 0522 36 01 80
Fax: 0522 36 01 74
Gsm: 0623 77 01 44