

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3552 Société : RAM Actif Pensionné(e) Autre : RetraiteNom & Prénom : Ouzine DrissDate de naissance : 30/06/43Adresse : Hay Salama 3 GR3 C.n:8 Sidi AflouanTél. : 06.61.13.22.34 Total des frais engagés : 200.426250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

10 FEV. 2020

Docteur M.K EL KHAYOUNI
Hépato Gastro Entérologue
37, Avenue Hassan II
0522 20 89 37 Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mme Ouzine Driss Age:Lien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Troubles Digestifs

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 : caida Le : 11/02/2020Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
10 FEV 2020		CS	200 DH	Docteur Hépatologue 47 Avenue 20 Septembre Tel: 0522 288 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Ben M'sick</i> <i>Haj Salama - Casablanca</i> <i>0522 37 81 26 - FEU 0522 55 55</i>	10.10.2020	262,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Docteur M. T. H. P. 0522-2033</i>	0. FEV. 2020	Echographie Abdominale	100,00 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

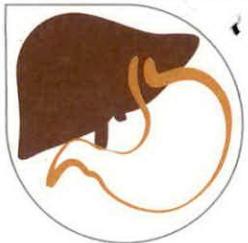
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX [Redacted]															
					MONTANTS DES SOINS [Redacted]															
					DEBUT D'EXECUTION [Redacted]															
					FIN D'EXECUTION [Redacted]															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				B	35533411	11433553	G			CŒFFICIENT DES TRAVAUX [Redacted]
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																		
G																				
					MONTANTS DES SOINS [Redacted]															
					DATE DU DEVIS [Redacted]															
					DATE DE L'EXECUTION [Redacted]															



Lauréat de la Faculté
de Médecine de Paris
خريج كلية الطب بباريس

Membre de l'Association
Française pour l'Etude du Foie
عضو في الجمعية الفرنسية
لدراسة الكبد

Endoscopie
التنظير الداخلي

Echographie
الفحص بالصدى

Proctologie
أمراض المخرج

الدكتور محمد كمال بن حيون

Dr M.Kamal BENHAYOUN

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Casablanca, le 10/02/2020

Mr Ouzine Driss

47,20 x 3

Trimédat 150 mg

1 cp, 3 fois/j

40,40 x 3.

Météospasmyl

1 caps, 3 fois par jour, avant les repas



x 15 j

FG: 262,80

~~Docteur M.K.BENHAYOUN
Hépato-Gastro - Endoscopie
47, Avenue Hassan II
Tél: 0522 20 89 37 - Casablanca~~

صيدلية بن مسick
Pharmacie Ben M'sick
47 Avenue Hassan II
Casablanca
Tél: 0522 20 89 37
Fax: 0522 59 58 77

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

METEOSPASMYL® 5 zu caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

LOT : 5348
U.T. AV : 09.24
P.P.V : 47 DH 20

LOT : 5348
U.T. AV : 09.24
P.P.V : 47 DH 20

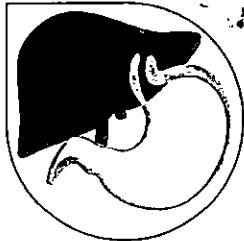
LOT : 5348
U.T. AV : 09.24
P.P.V : 47 DH 20

Ordonnance vérifiée

Par : A.C

Ordonnance préparée

Par : L.O



Lauréat de la Faculté
de Médecine de Paris
خريج كلية الطب بباريس

Membre de l'Association
Française pour l'Etude du Foie
عضو في الجمعية الفرنسية
لدراسة الكبد

Endoscopie
التنظير الداخلي

Echographie
الفحص بالصدى

Proctologie
أمراض المخرج

الدكتور محمد كمال بن حيون
Dr M.Kamal BENHAYOUN
اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي
Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Casablanca, le 10/02/2020

Mr Ouzine Driss

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

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.

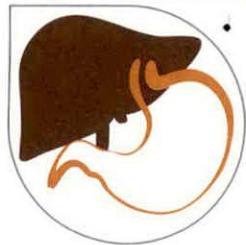
*Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation
corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.*

Aérocolie importante.

Conclusion

Echographie abdominale sans anomalie.

Docteur M. K. BENHAYOUN
Hépato-Gastroentérologue
47 Avenue Hassan II
Tél: 0522 20 89 37 - Casablanca



الدكتور محمد كمال بن حيون

Dr M.Kamal BENHAYOUN

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Paris
خريج كلية الطب بباريس

Membre de l'Association
Française pour l'Etude du Foie
عضو في الجمعية الفرنسية
لدراسة الكبد

Casablanca le, 10 février 2020

Note d'Honoraires

Mr Ouzine Driss

Endoscopie
التنظير الداخلي

Echographie
الفحص بالصدى

Proctologie
أمراض المخرج

Acte	Montant
Consultation	300,00
Echographie abdominale	400,00
Total (Dhs) :	700,00

Docteur M.K BENHAYOUN
Hépato - Gastro - Proctologie
47, Avenue Hassan II
Casablanca
Tél: 0522 20 89 37