

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.

N° W21-649532

92299

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : A3225	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL AFFAKI Ha Da		
Date de naissance : 04/02/1995		
Adresse :		
Tél. : 06 48 11 88 40 Total des frais engagés : 724,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 <i>Lodi 23/10/21 M. H. EL AFFAKI 26 ans</i>		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Lien de parenté :		
Nature de la maladie :		
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 : *Casab*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *26/10/2021*

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
23/8/21	CG	1	8500	INP : L.N.P : 131006710 Dr ALAOUI Ahmed ASTROL Tanger Tel: 05 39 94 21 13 44 Place des Nations Imm. Ouan N°13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Dr MESSARI LAMYA PHARMACIE BOUARAOUI 23/8/21, AV. Hassan II - Tanger	23/8/21	284,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

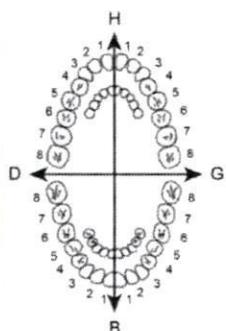
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr ALAOUI Ahmed ASTROL Tanger 144 Place des Nations Imm. Ouan N°13 L.N.P : 131006710	23/8/21	EDEN'S	8500

AUXILIAIRES MEDICAUX

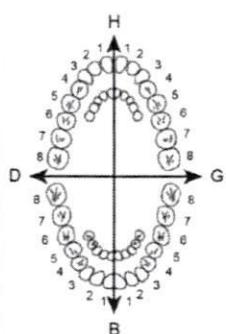
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	35533411	11433553
G		

(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

باسم الله الشافي
عيادة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي

CABINET DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

Dr Alaoui My Ahmed

Diplôme de L'Université

Sophia antipolis : faculté de médecine

Nice - France

الدكتور علوي مولاي احمد

خريج كلية الطب بنيس فرنسا

المعدة والأمعاء الكبد والبواسر

الفحص بالصدى والمنظار الداخلي

Tanger le

28/8/21

طاجة في

FIBROSCAN HEPATIQUE

GASTRO -

95.50



PPV: 95DH50
PER: 03/22
LOT: 11717-1

LOT: 210181
PER: 03/2026
PPV: 400g
HEPATOLOGIE

ECHOGRAPHIE

GASTROSCOPIE

LOT: 255
PER: 04/24
PPV: 33,90 DH

PROCTOLOGIE M.

~~X PRO 695T~~

MT 08)

1 cellule

2 cellule

2) DI 685 INE

1 cellule

5 min

6

33.90

3) ARGININE very AB 1st.

1 AB الفقاد

fin de repas



~~1800~~ 00.00
AR 800 ✓ STRESS
+ 100

Lot:

DS04/21
04/2024

DLC:

P.P.C : 109,00 DH

284, n

PHARMACEUTICALS
Dr. EL MESSARI LAMYA
34, Av. Hassan II - Tangier
Tel: 05 39 37 58 85

Dr Alaoui My Ahmed

Diplôme de L'Université

Sophia antipolis : faculté de médecine

Nice - France

الدكتور علوي مولاي احمد

خريج كلية الطب بنين فرنسا

المعدة والأمعاء الكبد والبواسر

الشخص بالصدى والمنظار الداخلى

Tanger lelundi 23-08-2021..... طنجة في

ECHOGRAPHIE HÉPATO-BILIAIRE

FIBROSCAN HEPATIQUE

Mat:

GASTRO -

MLLE EL AFFAKI HALA

MOTIFS : EPIGASTRALGIES

ENTEROLOGIE

FOIE : De taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène
VBIH sans particularité

HEPATOLOGIE

VÉSICULE BILIAIRE : Alithiasique et à paroi fine.

ECHOGRAPHIE

VBP : Fine et libre.

GASTROSCOPIE

PANCREAS : Normal.

RATE : D'échostructure normale.

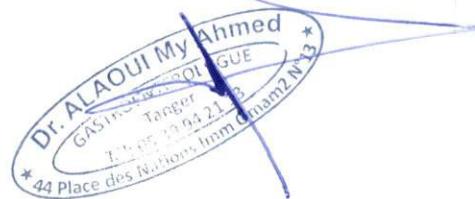
NR :

COLONOSCOPIE

CONCLUSION :

DISTENSION GASTRIQUE AVEC STASE A BILANTER
AEROCOLIE MANIFESTE

PROCTOLOGIE M.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
عيادة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي

CABINET DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

Dr Alaoui My Ahmed

Diplôme de L'Université

Sophia antipolis : faculté de médecine

Nice - France

Tanger le

83/8/21

الدكتور علوى مولاي احمد

خريج كلية الطب بنين فرنسا

المعدة والأمعاء والكبد وال بواسر

الفحص بالصدى والمنظار الداخلي

طبية في

My EL AFFAKI HALA

FIBROSCAN HEPATIQUE

GASTRO -

ENTEROLOGIE

Consultation

250 ₣

HEPATOLOGIE

Echographie HB

250 ₣

ECHOGRAPHIE

GASTROSCOPIE

COLONOSCOPIE

PROCTOLOGIE M.



