

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-645994

109102

C.A

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

8378

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAJJI RAJAA

Date de naissance :

14-4-62

Adresse :

El tteur 5, résidence Tivoli, RUE des RABBAT

Tél. :

0663721706

Total des frais engagés :

125 EURO

Cadre réservé au Médecin

SELARL du Dr PIERRON

Maladies de l'appareil digestif
Centre Médical de La Treille
28, rue Albert Schweitzer
13100 CHATEAUBERNARD
N° ADELIT 167700265
SIRET 490 062 392 00016

Cachet du médecin :

Date de consultation :

22/2/22

Nom et prénom du malade :

Né Rajaa El Hajji

Age : 59 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Refus de certains aliments

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 :

Le : 22/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

EP

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-645994

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;"></td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: none; text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			G	B	00000000	35533411	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
		G																	
B	00000000	35533411																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															

Docteur Antoine PIERRON

Spécialiste Qualifié
des maladies de l'Appareil Digestif

Membre de la Société Nationale Française de Gastrentérologie
et de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Endoscopie diagnostique et thérapeutique
Hépatologie
Proctologie Médicale

Centre Médical de la Treille
28, Rue Albert Schweitzer
16100 CHATEAUBERNARD
Tél. 05 45 82 80 60
Fax 05 45 36 48 66

sur rendez-vous

COGNAC, le 22.02.2022

Madame Rajaa ELHAJJI
Né(e) le 14.04.1962

FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

INDICATIONS

- Manifestations de RGO récurrentes depuis Septembre 2021 mais discontinues et sans horaire fixe.
- Fibro+colo au Maroc en Avril 2021 : colo normale (diagnostic de SII) ; fibro normale mais biopsies HP + d'où traitement d'éradication donné (test respiratoire négatif en Décembre 2021).
- Echographie normale le 25/01/2022 ; patiente actuellement sous **ESOMEPRAZOLE 40** le matin.

TECHNIQUE

- Anesthésie locale Xylocaïne Spray et Visqueuse.
- Vidéo gastroscope FUJI EG 250 WR 5 (n° G202A116) décontaminé selon recommandations de la SFED.
- Examen réalisé sans sédation avec une bonne tolérance.

COMPTE-RENDU

- **DUODENUM** : le bulbe et le 2^{ème} duodénum sont normaux ; pas d'ulcère ni d'érosion.
- **ESTOMAC** : normal dans sa totalité sans érosion ni ulcération ; la rétrovision est normale.
- **CARDIA** : en place à 40 cm et normotonique ; pas de hernie hiatale.
- **ŒSOPHAGE** : normal dans sa totalité sans inflammation ni tumeur.

CONCLUSION

EXAMEN MACROSCOPIQUEMENT NORMAL.

**TERMINER ESOMEPRAZOLE 40 PUIS PASSER A ESOMEPRAZOLE 20 EN CONTINU.
CONSERVER METEOSPASMYL POUR LE SII.**

