

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-660482

133026

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9637	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CLINIQUE RAM		
Date de naissance : 11/08/1971		
Adresse : m.r.		
Tél. : 066125936	Total des frais engagés : 1263,70 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	Date de consultation : 20/9/2022
	Nom et prénom du malade : El Jelizi Youssef	Age:
	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
	Nature de la maladie : HAKANI	<input type="checkbox"/> Enfant
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Affection Prothétique	
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/9/2022

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
2/9/2022	C consultation	1	3001.00 5001.00	INPE 091079137 PROFESSEUR R.ISMAIL GASTROENTEROLOGISTE ICE-GA 17-1 INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie <u>la LIBERTÉ</u> Merzouki Najat 6, Lot Houria El Alia Mohammedia Tel : 05 23 32 03 06	20/9/22	163.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, 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
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
D	G	35533411	11433553	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
B	I			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				

Professeur R. ISMAIL

Médecin Spécialiste
 Maladies de l'Appareil Digestif
 Maladies du Foie
 Proctologie Médico-Chirurgicale
 Endoscopie Digestive 20/09/2022
 Echographie - Nutrition Clinique
 Ex. Professeur de l'Enseignement Supérieur
 à la Faculté de Médecine - Casablanca



Mr El M'chantef Youssef

البروفيسور د. إسماعيل

طبيب اختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - أمراض وجراحة المخرج

التخدير بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى - التغدية

أستاذ جامعي سابق

بكلية الطب - الدار البيضاء

73.50



FORLAX
 2 sachets le soir

66.80

FLAMMAMINE 1%
 1 application, matin et soir

150.00

CÉLEBREX 200
 1 gélule, matin et soir au milieu des repas

49.80

FLAGYL 500
 1 comprimé, 2 fois par jour, après les repas

123.60

INEXIUM 40
 1 comprimé le matin, avant le repas

Traitement pour 10 jours

FLAGYL 500 mg
 CP #EL B20
 P.P.V : 40DH60
 9202112101
 623312 01



Pharmacie La LIBERTÉ
 Merzouga Najat
 336, Lot Hlouria El Alia
 Tél : 05 23 32 03 06



LOT : U22903
 Exp : 11/2024



SYNTHEMEDIC
 22 rue souheir bennou al aquam roches
 noires casablanca
 INEXIUM
 40 mg
 Boîte 14
 641150MP/21NRO P.P.V.123,60 DH
 6 118001 020607

PROFESSEUR R. ISMAIL
 GASTROENTEROLÓGUE-CASABLANCA
 ICE: 00171424200008
 INPE : 091079137

112, Bd d'Anfa 4^{ème} Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 47 27 36

ICE : 001714242000083 - E-mail : cabinetrafik@gmail.com - Consultations sur rendez-vous

EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Mr EL M'CHANTEF Youssef

20/09/2022

Clinique

Proctalgies

Examen

Inspection : Fissure anale postérieure.

Toucher rectal : Hypertonie sphinctérienne

Anuscopie : Canal anal normal.

Rectoscopie : Muqueuse normale.

Conclusion

Fissure anale.

PROFESSEUR R.IS
GASTROENTEROLOGIE
ICE:0017 / 282000083
INPE : 091079137

Pr R.ISMAIL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

112, Bd Anfa – Casablanca

ICE : 001714242000083

INPE : 091079137

Casa le 20/09 /2022

Mr EL M'CHANTEF Youssef

NOTE D'HONORAIRES

Nature de l'acte

Consultation : 300 Dh

Rectoscopie : 500 Dh

PROFESSEUR R.ISMAIL
GASTROENTEROLOGUE CASA
ICE:001714242000083
INPE : 091079137