

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018321

138866

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5431

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAROUJ Noreddine

Date de naissance :

Adresse : JAM

Tél. : 0661219473

Total des frais engagés : 300 + 399,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL YOUNSI MUSTAFA
Hépatogastro-entérologie
203, Boulevard Zerktouni
Tél : 0522 36 01 80/77
Fax : 0522 36 01 77
Gsm : 0623 77 41 74

Date de consultation : 22 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : LAROUJ Noreddine

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs épileptiques

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 : CASABLANCA

Le : 22 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

ACCUEIL
28 NOV. 2022
MUPRAS
HAKIM

RELEVÉ 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
22/11/2022	G	2	3000M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prescription
PHARMACIE MY YOUSSEF Salma CHERIF DOUZZANE Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My Youssef Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25	22/11/2022	PHARMACIE MY YOUSSEF Salma CHERIF DOUZZANE Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My Youssef Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25 INPE: 092043355 399,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

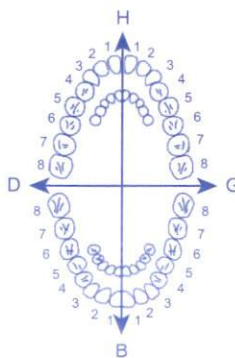
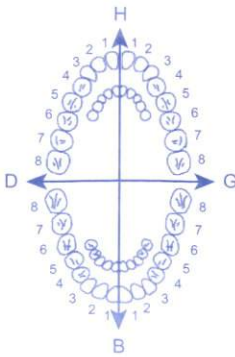
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 + Sphinctérotomie

Mr LAROUÏ Nouredine

Casablanca le, 22/11/2022

29,00 x 12

Zyrdol 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jours)

PPV 290H00 EXP 03/2025
LOT 21031 4

Inexium 40

1 comprimé le soir au coucher (pendant 01 mois)

123,60 x 3

6 118001 020607
641750MP/21NRQ P.P.V. 123.60DH
Boîte 14
40 mg
Cpr GR
INEXIUM
22 rue Zoubier benou Al nouam rochaa
noires casablanca
SYNTHEMEDIC

6 118001 020607
641750MP/21NRQ P.P.V. 123.60DH
Boîte 14
40 mg
Cpr GR
INEXIUM
22 rue Zoubier benou Al nouam rochaa
noires casablanca
SYNTHEMEDIC

6 118001 020607
641750MP/21NRQ P.P.V. 123.60DH
Boîte 14
40 mg
Cpr GR
INEXIUM
22 rue Zoubier benou Al nouam rochaa
noires casablanca
SYNTHEMEDIC

PHARMACIE MY YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My Youssef
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25
INPE: 092043355

399,80

Dr. ELYOUNSI MUSTAPHA
Hepato Gastro Entérologie
203, Boulevard Zerkouni
Tél: 05 22 36 01 80/74
Fax: 05 22 36 01 74
Gsm: 06 23 77 74 11