

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.

M22- 0015808

Optique 143557 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 00512

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : El Moumi Montay Abdessalem

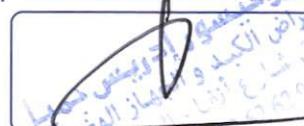
Date de naissance : 21-01-45

Adresse : Haj el Hana Rue 32 N° 32 ESSA

Tél. 06 19 44 96 32 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/1/2023

Nom et prénom du malade : EL MOUMI MY Abdessalem Age : 78

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFF dysrte

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 : 23/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/11/2023			53 300 El hag / Le 500 800 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		,

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

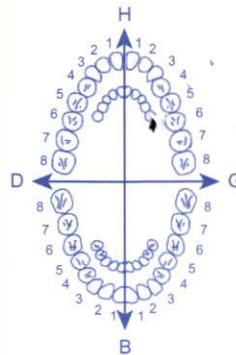
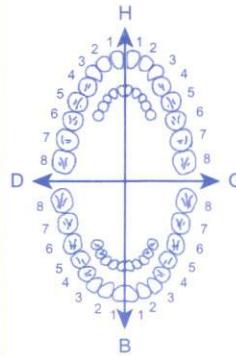
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
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

البروفيسور دريس جمیل
CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE
 Maladies du Foie et de l'appareil digestif
 Endoscopie digestive - Echographie
 Proctologie Medico-Chirurgicale
 Membre de l'association Française des maladies du Foie (AFEF)
 Membre de la société Française de coloproctologie
 Membre de la société Française d'endoscopie digestive
 Président de l'Association SOS Hepatite
عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي
Dr. Zineb Jamil
 عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الكبد
 عضو الجمعية الفرنسية للتنظير الجهاز الهضمي
 رئيس الجمعية المغربية لمرض الكبد جمیل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
Facture N°: 1387
 أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Date : 02/01/2023
 Bénéficiaire : Mr El Moumi Moulay Abdeslam
 Mr EL MOUMI MOULAY ABDESLAM
 Tél: 0619/44/96/32
 Email:
 Adresse: HAY EL HANA RUE 32 N 32 CASA

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
 اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 02/01/2023				
CNS	Consultation	1	300,00	300,00
ABD	ECHOGRAPHIE	1	500,00	500,00
Total				800,00

Arrêté le présent document à la somme de :
 huit cents dirham(s)

CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil
البروفيسور دريس جميل

Docteur Zineb Jamil
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

02/01/2023

MR EL MOUMI MOULAY ABDESLAM

Echographie Abdominale

Indication

Dyspepsie//Hyperferritinémie

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers ,

Veine porte de calibre normal. Veines sus-hépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.,

Pancréas non vu en raison de la superposition des gaz

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

Rate : de taille normale

Aérocolie+++

Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

البروفيسور دريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
02/01/2023
05.22.39.62.62 / 05.22.94.61.61

Abd gén

C6-2

32Hz ♂

RV

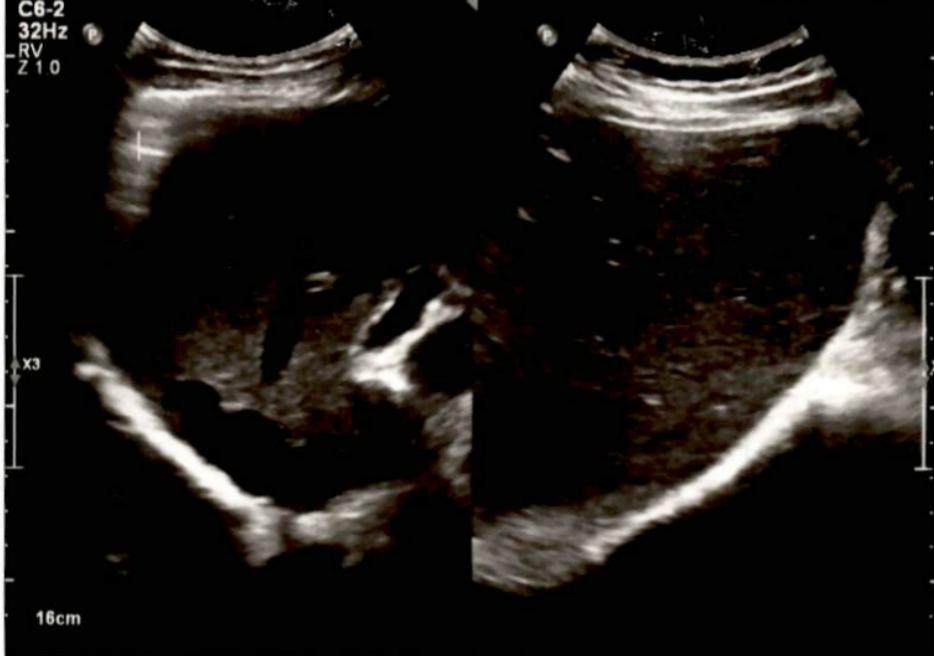
Z 1.0

Pr Jamil Driss

Affiniti 5...

02/01/2023 11:45:39

ITm0.1 IM 0.9



Abd gén

C6-2

32Hz ♂

RV

Z 1.0

Pr Jamil Driss

Affiniti 5...

02/01/2023 11:44:26

ITm0.1 IM 0.9

