

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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
M23-0027880

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM 198050
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : CHARIT Abdelghani
 Date de naissance : 15.07.1967
 Adresse : Lot HAMD Rue 62 N°26 Casablanca
 Tél. 0661976344 Total des frais engagés : 1850,30 DHs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30.01.2024
 Nom et prénom du malade : CHARIT ABDELGHANI Age: 1967
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : GASTRO-Internale
 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 : 30.01.2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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.

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
30/01/24	KE		200 DH	
30/01/24	KE		200 DH	
10/02/24	Control		0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/2024	1450,30 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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>		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																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
Hépatite, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصورى

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء، السمنة
أمراض وجراحة المخرج (البواسير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca, le 10 février 2024 الدار البيضاء، في

Mr. CHARIT ABDELGHANI

103,60

CLAMOXIL 1 G

1 cp x 2 / j , après les repas , 12 j

38,30x3

TIDAZ 500

1 cp x 2 / j , après les repas , 12 j

179,60x2

ZECLAR 500MG

1 cp x 2 / j , après les repas , 12 j

I

106,30x2

RANCIPEX 20

1 cp x 2 / j , 30 min avant les repas / 1 mois

89,20

ULTRA LEVURE GEL

1 gel x 2 / j , avant les repas , 12 j

245,00

ALFLOREX

1 gel / j , avant le repas de midi , 3 mois

II

25,20x9

ALIVIAR 50

1 gél x 2 / j , au cours des repas , 3 mois

99,00

ANTI GAZ ADULTS

1 sachet oro dispersible x 3 / j , au cours des repas / 10 j et à renouveler
en cas de besoin

14501,30 DH

Dr. MANSOURI Mouna
Hépatite - Gastro - Entérologue
342, Bd. Panoramique, Ain Chock
Casablanca
Tel: 05 22 52 28 92

3 m's

رقم 342، الطابق الأول، شارع المنظر العام، عين الشق، الدار البيضاء
N° 342, Boulevard Panoramique, Ain Chock, Casablanca
Tél. : 0522 52 28 92 . E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

1

PPV : 103,60 DH
LOT : 652402
PER : 03/25

2

TIDAZ 500mg
Comprimé B10
38DH30

38DH30
Comprimé B10
TIDAZ 500mg

TIDAZ 500mg
Comprimé B10
38DH30

3

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Zeciar 600mg cp pell b14
P.P.V : 179,60 DH

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Zeciar 600mg cp pell b14
P.P.V : 179,60 DH

4

PPV: 106 DH 30

PPV: 106 DH 30

5

ULTRA-LEVURE® 250 mg
Boîte de 30 gélules
ppv 89.20 DH

6

Sans PPV

7

LOT:09923045
PER:07/2028
PPV:25.20 DH

8

LOT | UT.AV
NEWPHARMA | 199 P.P.V
199 00

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصورى

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء، السمنة
أمراض وجراحة المخرج (البواسير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

30/01/2024

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Note d'honoraire

Mr. CHARIT ABDELGHANI

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraire due pour :

Echographie abdominale K2 200 dh

Total 200 dh

Arreté la présente note d'honoraire à la somme de : 200 dh

Dr. MANSOURI Mouna
Hepato-Gastro-Enterologue Proctologie
Médico-Chirurgicale
342 Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92

رقم 342، الطابق الأول، شارع المنظر العام، عين الشق، الدار البيضاء

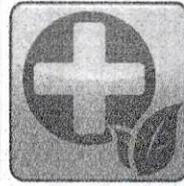
N° 342, Boulevard Panoramique, Ain Chock, Casablanca

Tél. : 0522 52 28 92 . E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

Dr Mouna Mansouri

Nom: Charit, Abdelghani
ID: 20240130-154743-6444
Sexe: Incon.

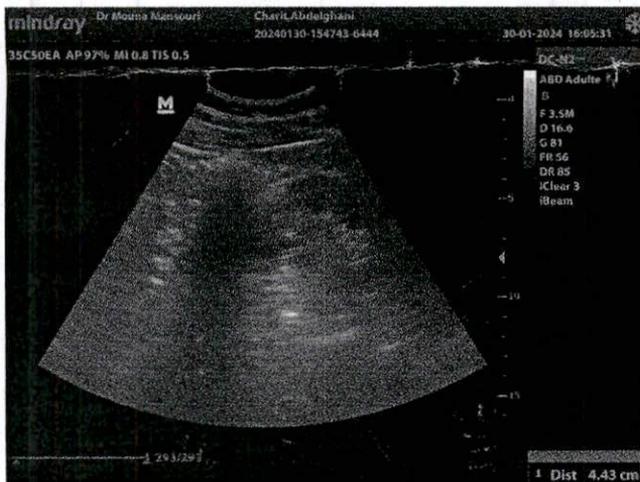
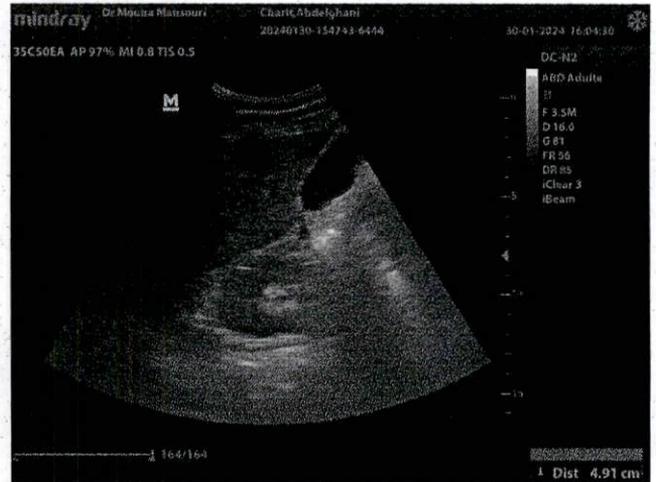
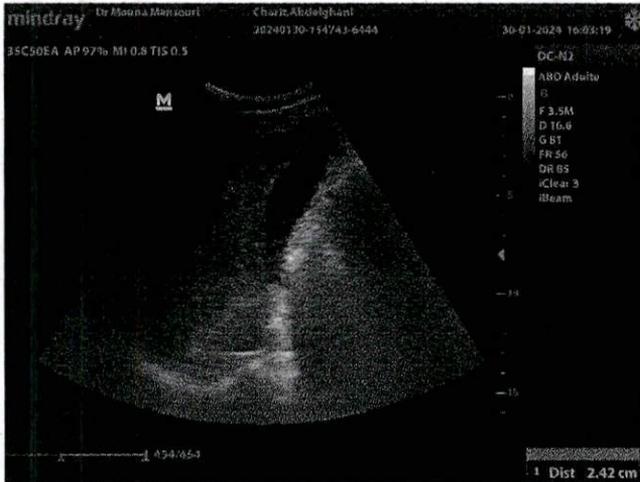
n 342 Boulevard Panoramique Ain Chouk
Casablanca
Telephone: 0522522892
Fax:
Site internet:



ABD Adulte
Date exam: 30/01/2024
Equipement utilisé: MINDRAY DC-N2

Abdomen

Image ultrason



Commentaires:

Compte rendu

- Foie : de taille normale, de contour régulier, homogène.
- Vésicule biliaire : a lithiasique à parois fine, voies biliaires libres, TP normal.
- Pancréas, masqué par les gaz.
- Rate : de taille et d'échostructure normale.
- Rein droit et gauche : de taille normale, bonne différenciation cortico-médullaire
- Aérocolie diffuse.

Signature:

Date sign.:

Dr. MANSOURI Mouna
Hépatogastro-entérologie Proctologie
Médicine Générale
342 Boulevard Panoramique
Tél: 05 22 52 28 92