

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

s générales :

re réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

re réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

ité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

nte préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

ions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

ur tous les actes effectués en série.

d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

B :

nettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

es médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

e et Biologie :

ure ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être

à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

uelle.

nnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

on :

nte préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

tations.

e remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

s de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

oire avant le début de traitement.

ure doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

o-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

t Affection Longue Durée ALD et ALC :

laration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

esses Mails utiles

nation : contact@mupras.com

en charge : pec@mupras.com

on et changement de statut : adhesion@mupras.com

arantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

ersonnel.

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

Dos n° N° W19-474974

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : 11237

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTALEB AICHA

Date de naissance : 04/04/1967

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2420 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04 DEC. 2019

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Déclar
 Rempli
 Il sera
 réclam
 Coup

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/12/19	Verif. de l'acte	120.00	INP : 05 22 39 40 44
	N° 370869		CLINIQUE AL. N° 4 - Casablanca
			Tel : 05 22 39 40 44
			Fax : 05 22 39 14 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et signature du Maire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom, Prénom, Adresse et signature du Particien	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 :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>																						
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مطبة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

5 NOV 2019

Veuillez bien attendre Nasser BORTALEB
Avec - COLONOSCOPIE jeune
le lundi 02 Décembre 2019 - H

Jr. Mohamed EL YAKOUBI
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
11, Rue d'Agadir - Casa
Tél: 0522 20 94 83

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones : 0661495865
Nom et Prénom de l'adhérent : BOUTALEB AICHA
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. EL YAKOUBI MOHAMED
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BOUTALEB AICHA
Nécessite COLONOSCOPIE
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) UNE SEPTIE - JOURNÉE
A (préciser l'établissement hospitalier) CLINIQUE AL YAKOUBI

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

COLONOSCOPIE DE DÉPISTAGE
ASCENDANT DE 10 DEGRÉ (PENE) DÉCÉDÉ D'UNE
NÉOPLASIE COLIQUE

Cachet, date et signature du praticien

- 8 NOV 2019

Jr. Mohamed EL YAKOUBI
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
11, Rue d'Agadir-Casa
Tél: 0522.20.94.83

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

CLINIQUE AL MASSIRA.

F A C T U R E

N° : 5748 / 2019 du 02/12/2019

Nom patient **BOUTALEB AICHA**
PAYANT

Entrée 02/12/2019

Sortie 02/12/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
COLONOSCOPIE	1,00	FORFAIT	2 420,00	2 420,00
			<i>Sous-Total</i>	2 420,00
Total Clinique				2 420,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE QUATRE CENT VINGT DIRHAMS

Total 2 420,00

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed MOKRI N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 39 40 41
05 22 39 44 45

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **BOUTALEB AICHA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant	EL YAKOUBI
Prise en charge	PAYANT
Date entrée	02/12/2019
Date sortie	02/12/2019 11:00

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : **H.HASNAA** 02/12/2019 11:34

10260/19

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed MOKRI N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 39 40 41
Fax : 05 22 39 14 15

Docteur Mohamed EL YAKOUBI
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Attaché de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER
CHOGROPHIE – ENDOSCOPIE
PROCTOLOGIE
11, Rue d'Agadir – Casablanca
Tél & Fax : 0522 20 94 83

COMPTE RENDU DE COLONOSCOPIE

Casablanca le, 02/12/2019

Nom : BOUTALEB

Prénom : AÏCHA

Age : 52 ans

Signalements cliniques : Antécédents familiaux de néoplasie colique . Colonoscopie de dépistage.

Matériel : VIDEOENDOSCOPE OLYMPUS .

Préparation : FORTTRANS.

Examen rectal : absence de masse perceptible au doigt.
Le doigtier revient propre.

Introduction facile du colonoscope.

Bonne préparation.

Pénétration facile jusqu'au caecum . Au retrait du colonoscope, l'exploration des différents segments du colon et du rectum ne retrouve aucune anomalie de couleur ni de relief en dehors de simples diverticules du sigmoïde.

CONCLUSION: DIVERTICULOSE SIGMOÏDIENNE.

COLONOSCOPIE NORMALE PAR AILLEURS.

DR. EL YAKOUBI

Dr. Mohamed EL YAKOUBI
Hépatogastro-entérologue
11, Rue d'Agadir
Tél & Fax : 0522 20 94 83 - Casa