

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions générales : *Rechi 5 boute boute 1047 225,00*

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS 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

N° P19- 048995

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

NB: 25401

Matricule : *07608*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *FALEL Mohamed*

Date de naissance : *01/01/1945*

Adresse : *Hay Imara I Rue 11 n° 5 Am chak Cas*

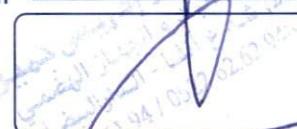
Tél. : *06 61179081*

Total des frais engagés : *1486,80*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *6/1/2020*

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hepatite B

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

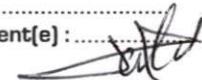
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *celia*

Le : *06/01/2020*

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048995

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

INP: 91080028

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
6/11/2020		C3	3000Pi	Dr. M. A. Al-Saadi - 2020 Signature: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/16	686,88

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Horaires
	6/11/2022	Coiffage	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI) base units and their definitions. It features a central vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom, with a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right. Surrounding these axes are 12 circular nodes, each representing a base unit: Length (m), Mass (kg), Time (s), Current (A), Temperature (K), Luminous Intensity (cd), and the four derived units for Plane Angle (rad), Solid Angle (sr), Frequency (Hz), and Amount of Substance (mol). Each node contains a symbol and a numerical value representing its definition in terms of the Planck constant (\hbar).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Professeur Driss JAMIL

Maladies du foie et de l'appareil digestif
Endoscopie digestive - Echographie
Proctologie Médico-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 Hépatite

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التنظير الداخلى

علاج و جراحة المخرج

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الصدر

عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي

رئيس جمعية إغاثة مرضى الكبد

casablanca le, 06/01/2020

Mr FALEL Mohamed

MS. 140

RECTIS 10

2 fois par semaine , pendant 3 mois

AS

SL

51

SV

AERIUS 5

1 comprimé le soir, pendant 15 mois

$$170,00 + 102,00 = 272,00$$

OEIKEN 200

OFIKEN 200

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

95 08 22 95 08 22
LOT PER LOT PER
Prix 119,00 Prix 119,00

LOT: 075-2
PER: JUN 2021
PPV: 51 DH 80

LOT 191475 1
EXP 06 21
PPV 170.00 DH

LOT 192177 1
EXP 09 21
PPV 102.00 DH

البروفيسور ادريس جميل
أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
201 شارع انتها - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 94 81 81 / 0522 94 82 82

A circular stamp with the text "Pharmacie Mouhssine" at the top, "M. El Hachemi Lalla" in the center, "Dr en Pharmacie" below it, and "Tél: 21 03 76" at the bottom. Handwritten in blue ink over the stamp is the number "684".

A circular stamp with a double outer border. The outer border contains the text 'pharmacie de la clinique Sainte-Justine' in a stylized font. The inner circle is divided into four quadrants by a cross. The top-left quadrant contains '20/01/2012', the top-right '20/01/2012', the bottom-left '20/01/2012', and the bottom-right '20/01/2012'. The stamp is slightly tilted.

PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

ICE : 001856634000094
INP : 09 08 00 28

Date: 06/01/2020

Mr FALEL Mohamed

Note d'honoraire

Actes	Montant
Consultation	300,00
Echographie	500,00
Total :	800,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **HUIT CENTS DIRHAMS**

الدكتور د. دريس جamil
الدكتور د. فلعل محمد
الموافق 06/01/2020
الموافق 09 08 00 28

Professeur Driss JAMIL

Maladies du foie et de l'appareil digestif
Endoscopie digestive - Echographie
Proctologie Médico-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 Hépatite

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التنظير الداخلي
علاج و جراحة المخرج
عضو الجمعية الفرنسية ل أمراض الكبد
عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي
رئيس جمعية إغاثة مرضي الكبد

Casablanca, le 06/01/2020

Echographie Abdominale

Mr FALEL Mohamed

Indication

HEPATITE B

NODULE DU FOIE?

Examen

Foie de taille normale, legerement steatosique avec même image hypoéchogène de 5,4 cm sur 4,86 cm segment V (ayant augmenté de taille)

Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.,

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

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

Rate : de taille normale

Conclusion

IMAGE HYPOECHOGENE DU SEGMENT V CHC?

