

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

itions générales : Red 5 bords bords 1067 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 canalaire, 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 canalaire.
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

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 00608 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FALEL Mohamed
Date de naissance : 01/01/1945
Adresse : Hay Imara I Rue M. M. S. Am chouch Cam
Tél. : 06 61 17 30 81 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 : hépatite 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 : Casablanca Le : 06/01/2020
Signature de l'adhérent(e) :
MUPRAS ACCUEIL

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 :

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
6/1/2020			C3 3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



06/01/20 686,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

6/1/20 - Analyse 5000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

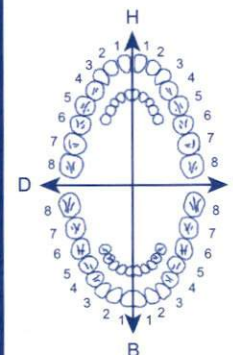
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

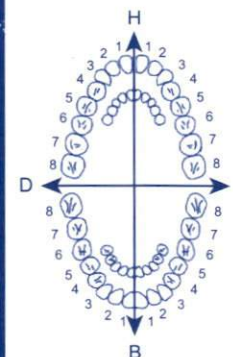
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 لأمراض الكبد

عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي

رئيس جمعية إغاثة مرضى الكبد

casablanca le, 06/01/2020

Mr FALEL Mohamed

115,00
RECTIS 10

2 fois par semaine, pendant 3 mois

119,00 x 2 = 238,00
JUVAMINE

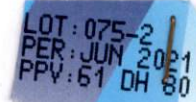
1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 1 mois

61,80
AERIUS 5

1 comprimé le soir, pendant 15 jours

170,00 + 102,00 = 272,00
OFIKEN 200

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours



البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
201, شارع أنفا - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 94 61 61 / 0522 94 62 62

Foie - Estomac - Intestins

Membre de la société Française de coloproctologie
Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

المجلس التنفيذي لإدارة التعليم
أبواب شرق الرياض
الرياض ٢٠١٤
المقرر ٢٠١٤/٠٩/٠٩

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 لأمراض الكبد
عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي
رئيس جمعية إغاثة مرضى الكبد

Casablanca, le 06/01/2020

Echographie Abdominale

Mr FALEL Mohamed

Indication

HEPATITE B
NODULE DU FOIE?

Examen

Foie de taille normale, légèrement steatosique avec meme image hypoechogene 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?

