

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 608 Société : RAY

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FAL EL Mohamed

Date de naissance : 01/01/45

Adresse : Hay Inaya I Rue 11 n° 5 Cas

Tél. : 066 117 90 81 Total des frais engagés : 713,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2020

Nom et prénom du malade : FAL EL Med

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

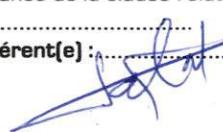
Nature de la maladie : Hepatite B

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 28/11/2020



### 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
28/10/2020	83	300	300	
			Edoscap 200	
			50000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/20	21300

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
	G				

(Création, remont, adjonction)				DEBUT D'EXECUTION
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				FIN D'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC				COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# 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

casablanca le, 28/10/2020

## Mr FALEL Mohamed

49,00

SV

**BELMAZOL 20**

1 comprimé le soir au coucher, pendant 14 jours

**NOSPA FORTE**

1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 8 jours

SV

**JUVAMINE**

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

SV

219,00

213,00

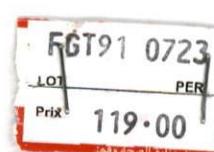


مروضي موليسين  
الطب والجهاز الهضمي  
العنوان: الدار البيضاء  
الدار البيضاء  
الدار البيضاء  
05 22 94 61 61 - 05 22 94 62 62

LOT :		
EXP :		
PPV :		

49,00

NO - SPA FORTE 80MG  
CP B20  
P.P.V : 45DH00  
LOT : 20E006  
PER : 04/2023  
6 118000 061816



# 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: 05/11/2020

**Mr FALEL Mohamed**

## **Note d'honoraire**

Actes	Montant
Consultation	300,00
ECHOSCOPIE	200,00
<b>Total :</b>	<b>500,00</b>

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

البروفسور د. د. جمالي  
أمراض الكبد و الجيغانتومي  
شارع أنفا - الدارالبيضاء  
العنف: 0322 61.61.94 / 0322 62.62.94

# 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

Casablanca, le 28/10/2020

## Echographie abdominale

**Mr FALEL Mohamed**

### Indication

HEPATITE B

### Examen

Foie dysmorphique, nodule segment V de 6,5 cm

Vésicule biliaire

Vésicule biliaire alithiasique, sa paroi est modérément épaisse.

Voies biliaires

Voie biliaire principale de calibre normal.

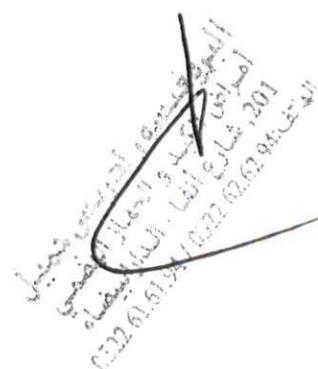
Pancréas

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate(grand axe à mm).

### Conclusion

**NUDULE DU SEGMENT V QUI SEMBLE AUGMENTER DE TAILLE**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "DR. DRISS JAMIL" or a similar variation, is written over a large, roughly circular outline.