

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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.

aladie 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 caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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

Matricule : **4892** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **BENNAI DOUBLI** *Q'S JAMAL*

Date de naissance : **11-04-1957**

Adresse : **Riyad TAOUFIK N° 18 JARSA**

Tél. **06.61.58.25.10** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Centre Guéliz de Gastro Entérologie
Dr. Said EL JASTIMI
Pr. Ass. En Hépato Gastro Entérologie
Appt. A2 - Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour Guéliz - 40000 - Marrakech
tel. 05 24 42 12 21 - Tel. 05 24 43 43 22 - GSM: 0661 40 43 13
courriel: dr.ajastimi@gmail.com - INPE: 101104644
Patente: 45025704 - CHSS: 9763039 - LF: 14472838 - ICE: 00168417500002

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19-10-2020**

Nom et prénom du malade : **N° BENNAI DOUBLI**

Lien de parenté : Lui-même

Comptoir

Age: 79 Enfant

Nature de la maladie : **SI de CPT**

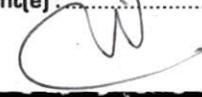
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **SI de CPT**

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 : **Tourane**

Le : **25/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
10/10/2020	Dr. Said EL JASTINI	5	221.70	Dr. Said EL JASTINI Centre Guélib de gastro-entérologie Pr. Ass. En Hépato Gastro Entérologie 12, Imm. Nabil A. Av. Yacoub El Mami - Guéliz - Casablanca - Maroc Tél: 05 24 49 02 30 - 05 24 49 02 31 - 05 24 49 02 32 courriel: drsaideljastini@gmail.com - drsaideljastini@outlook.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOUS Ilham DIRAS Pharmacienne Massira 1-A N° 85 Marrakech Tél/Fax : 05 24 49 02 30	10/10/2020	221.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 B 00000000	DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 19/10/2020

M^r BENNANI DOUBLI MOHAMED JAMAL

ORDONNANCE

The logo consists of the letters 'SV' in a stylized, italicized font, enclosed within a circular outline.

142.20

- FORTRANS (sachets) la veille de l'examen

Préparation : dissoudre 1 sachet dans un litre d'eau.

- Prendre 2 sachets de 17h à 19h.
 - Puis prendre 2 sachets de 21h à 23h.

79,50

- Zetalax (Lavement Adulte) le jour de l'examen

Faire un lavement rectal avec deux tubes à garder 20 à 30 mn puis aller aux toilettes et bien évacuer.

6 tubes à utiliser comme suit :

- 2 tubes à 6h30 du matin.
 - 2 tubes à 7h du matin.
 - 2 tubes à 7h30 du matin.

A photograph of a business card for Dr. Said El Jastimi. The card is printed in blue ink on white paper. At the top, it says 'Centre Gueniz de Gastro Entérologie'. Below that is 'Dr. Said El JASTIMI'. Underneath is 'Dr. A. En. Répato Gastro Entérologie'. It lists an address: 'Appt. 401, 4ème étage, 12, Av. Yacoub El Mansour Gueniz - 40000 - Marrakech'. It also includes a telephone number 'tel: 05 24 42 12 21 - 10 05 24 42 12 22', an email 'courriel: drjastimi@gmail.com', and a website 'http://drjastimi.com'. A handwritten signature 'El Jastimi' is written across the top of the card. A handwritten note 'Dr S. EL JASTIMI' is written across the bottom of the card. A handwritten note 'Patente : 45025104 - CHSS' is written at the bottom right of the card. A handwritten note '01/06/2012' is written at the bottom right of the card.

شقة رقم 2 - عمارة التخييل أ - شارع يعقوب المنصور - جلizi - 40000 -مراكش
Appt. A2 - Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech

Appt. A2 - Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech

Telephone : ٠٥٢٤ ٤٢١ ٣٣١ / ٠٥٢٤ ٤٣ ٤٣ ٢٢ ☎ المٌهٰف : ٠٦٢٤ ٧٣ ٧٩ ٩٠

البريد الإلكتروني : egg_dr_elia.stimi@gmail.com - Dr.Elia.stimiGastro@gmail.com :
الهاتف : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 .

maphar

Zi Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc

FORTRANS SAC B4

P.P.V. : 142,20 DH



6118001181209

LOT : P25578
Exp : 11/2022

Lot : 028
À utiliser de
préférence avant le : 04/2025
PPC : 79,50 DH

CE

LOT

Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intégré,
conservé correctement.

