

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040961

50746

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4892 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENNANI DOUBIL N° = JAMAL
 Date de naissance : 11-04-1954
 Adresse : RIYAD JAOUHAR II N° 18 TARSIA
 06.61.58.25.10
 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre Guéliz de Gastro Entérologie
 Dr. Said EL JASTIMI
 Pr. Ass. En Hepato 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
 E-mail: dr.saidjastimi@gmail.com - INPE: 101104644
 Patente: 45025104 - CNSS: 9763039 - IF: 14472638 - ICE: 001694175000002

Date de consultation : 19/10/2020
 Nom et prénom du malade : A. BENNANI DOUBIL
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : SI de SIDA
 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 : Marrakech

Le : 29/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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.

Rééducation :

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

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
13/10/2020	S		Q	Dr. Saïd EL JASTINE Centre Guéliz de Gastro-Entérologie Pr. Ass. En Hépatologie Tél: 06 24 42 12 21 - 16 06 24 42 12 21 Courriel: eljastine@centregueliz.ma

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 : 06 24 49 02 30	13/10/2020	221.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			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



142,80

- FORTTRANS (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.

221,70



Centre Gueliz de Gastro Entérologie
Dr. SAÏD EL JASTIMI
Pr. Ass. en Hépatogastro-entérologie
Apt. A2 - Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour Gueliz - 40000 - Marrakech
Tél. 05 24 42 22 1 / 05 24 43 43 22 - GSM 06 64 73 79 90
courriel : dr.eljastimi@gmail.com / dr.eljastimi@univ-marrakech.ma
Patente : 46025104 - CHSS

Dr S. EL JASTIMI

maphar 

Zi Zareta, Ain Seba, Casablanca, Maroc

FORTTRANS SAC B4

P.P.V. : 142,20 DH



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 intègre,
conservé correctement.

22