

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## armacie :

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.

## ptique :

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 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

Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

5546

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003285

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAROUI Nocelle Date de naissance :

Adresse : TAZM

Tél. : 0661219473 Total des frais engagés : 300 + 518,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

15 JAN 2021  
Hépato Gastro Entérologue  
Boulevard Zerkouni  
Fax: 0522 36 01 80/74  
Gsm: 0623 77 74 11

Date de consultation : 05/01/2021

Nom et prénom du malade : LAROUI

Age:

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur

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 : 05/01/2021

Le : 05/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : deg

15 JAN 2021  
MUSTAPHA  
15 JAN 2021

## 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
01/01/2011	C	81	300 720,00	<i>DR. J. L. BOURGEOIS</i>
02/01/2011				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Allée de l'Alpou 75018 Paris	5/1/2023	518,90

## **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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la Faculté de médecine de Paris

Diplômé Universitaire des hépatites virales

Ancien Attaché des Hôpitaux de Pitié-Salpêtrière Beaujon, Bichat, Paris

Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie

Fibroscopie . Coloscopie . Protocologie . Ph-métrie œsophagienne

Echographie . CPRE + Sphinctérotomie

Casablanca le, 05/01/2021

Mme LAROUI Najat

PPV 29DH00 EXP 06/2023  
LOT 04064 3

LOT: 200938  
DUO: 01/2022  
36.00 DH

29.10  
Zyrdol 500  
1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jour)

38.10  
Probiotis  
1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)

Mebeverine forte  
1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 03 jour)

123.60 x  
Inexium 40  
1 comprimé le matin (pendant 04 semaine)

82.10 x 2

518.10

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14 64015DMP/21ARQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14 64115DMP/21ARQ P.P.V: 123,60 DH  
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14 64015DMP/21ARQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA  
Hépato-Gastro-Entérologue  
203, Boulevard Zerktouni  
Tél: 0522 36 01 80/74  
Fax: 0522 36 01 74  
Gsm: 06 23 77 74 11

Pharma  
50, Allée  
Casablanca - Tél: 06 2