

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS 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.

Radiologie 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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

7356


MUPRAS
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

136980

N° W21-761256

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Société : **RAN**

Matricule : **7356**
Pensionné(e)
Autre:

Nom & Prénom : **ISAF Ahmed**
Date de naissance : **01.09.1966**

Adresse : **Bd Oum Relia Res Sead Apt Etg3 Corail**
Téléphone : **05 22 20 45 45**
Total des frais engagés : **765,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin
Dr. **SAADIA KADIRI**
Spécialité: **Gynécologie-Obstétrique**
8. Résidence: **GH-7, Etg RD**
Appartement: **11, Bld 22 91 60 11**

Cachet du médecin:
Date de consultation : **10/09/2021**

Nom et prénom du malade : **Naouare El haou**
Age: **31**

Lien de parenté: **Elle-même**
Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Postnatal + Amœcosphère**
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 : **Centre Allal Ben Abdellah** Le : **10/11/2021**

Signature de l'adhérent(e): **El haou**

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
10.09 2022	9		2000 Ft	INP : 09117864 Dr. László Fülöp Győrffy 2022.09.11. 20:00

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. M. Léonard Rés. : N° 0911/1</i>	10.09.2008	ECHO PELVICALE	200 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	



DR KADIRI SOUMIA
Adenca IPS23D 9 cm 0.85 08-10-2009
EVN 9 Gen 11m 0.3 12:56:35 PM

DR KADIRI SOUMIA IPS300 6.0cm BM 0.76 09-10-2022
 SONY A Gen 11m 0.3 12:55:10 PM

Dr SOUMIA KADIRI

Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique
Accouchement – Chirurgie
Gynécologique
Maladies et Chirurgie des Seins
Stérilité du Couple – Echographie



الدكتورة سومية قديرى
اختصاصية فى أمراض النساء والولادة
الجراحة - العقم - أمراض الثدي
التصوير بالأمواج ما فوق الصوتية

Echographie Eudovaginal /Sus-Pubienne

Nom et Prénom : Alouette ilhake
Date : 10/09/2022

Utérus en position antéversé, de contour régulier mesurant 139 mm. D'échostructure homogène.

L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.
Epaisseur de l'endomètre de ... 5 mm .

Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit :  ce
 - Ovaire gauche :  ce

-Absence de masse pelvienne suspecte.

- Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie. *est une fin de*
avancée.

Dr. med. M. A. KADIRI
Fachärzti für Gynäkologie und
Obstetrik
8. Reg. 100-11000 Berlin
Telefon 030/22000-1111
Telefax 030/22000-1112
E-Mail: kadir@klinikum-berlin.de

Dr KADIRI SOUMIA

Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique
Accouchement - Chirurgie
Gynécologique
Maladies et Chirurgie des Seins
Stérilité du Couple - Echographie

الدكتورة كاديري سومية

اختصاصية في أمراض النساء والولادة
الجراحة - الحقن - أمراض الثدي
التصوير بالأمواج ما فوق الصوتية

Casablanca, le

Dr. Soumia KADIRI

Médecin Gynécologie-Obstétrique

B.P. 1092 Casablanca 20100 CH 7, Elg-RD

B.P. Résidence 1092 Casablanca 20100 CH 7, Elg-RD

Appt N°1, Oultra / Tel: 05 22 91 60 11

INPE: 091172460

FACTURE

NOM :

Alouane

PRENOM :

Elhoua

-consultation spécialisée

.....

-Echographie obstétricale

.....

-Echographie pelvienne

200 DT

- Pose de DIU

.....

-Frottis Cervico-Vaginal

.....

-Autres :

.....

MONTANT :

200 DT

Dr. Soumia KADIRI
Médecin Gynécologie-Obstétrique
B.P. 1092 Casablanca 20100 CH 7, Elg-RD
B.P. Résidence 1092 Casablanca 20100 CH 7, Elg-RD
Appt N°1, Oultra / Tel: 05 22 91 60 11
INPE: 091172460

Signature

Docteur KADIRI SOUMIA

liste en Gynécologie Obstétrique

Chirurgie - Chirurgie Gynécologique

Ladies et Chirurgie des Seins

Qualité du Couple - Echographie

Distributeur: ZENITHPHARMA

Zone Industrielle Tassila Inezgane

Agadir - Maroc

Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ

96-40 DHS

الدكتورة قديري سومية

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

الجراحة - العقم - أمراض الثدي

التصوير بالأمواج ما فوق الصوتية



Casablanca, le:

DR. S.
Médecin
Gynécologie-Obstétrique
N°: 68, Résidence El Firdaus GH 7, Elg RD
Appart N° 1, Office 101, Tél: 05 22 91 60 11
INPE: 091172460



96,40 x 2

1) Fluorure de soude

58, Route MLY Thami Hay Hassani
Tél: 05 22 90 21 67 Casa

Dr. TIR Abdelaziz

HARMADA POLYCLINIQUE

2) Soude acide

22,40

3) Zappi 1 kg

3) Hina 21



4) Captone sul

145,90 Réf: 100



4) Gentamycin

365,10 Réf: 100

5) Eosine 20 g

68, Opération EL FIRDAOUS - Gr 7 - Appt 1 - Rez de Chaussée
Hay Hassani - CASA - Tél : 05 22 91 60 11 - 05 20 91 60 11

En cas d'Urgence : 06 89 23 66 29 - Clinique les fleurs : 05 22 22 09 90

PPV: _____
Expiry date: _____
Lot No.: _____

Lot: _____
À consommer de préférence avant le:
PPC: 149,90 DH

200231
04/2025

Dr. Kadiri Soumia
Gynécologie-Obstétrique
N°: 68, Résidence El Firdaus GH 7, Elg RD
Appart N° 1, Office 101, Tél: 05 22 90 21 67
INPE: 091172460