

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07854 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hany Rov Ahmed

Date de naissance : 02/11/62

Adresse : N°13 SMM 12.1 DMR RUE A22A. GEMAT.

Téléphone : 0661161218

Total des frais engagés : 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/22

Nom et prénom du malade : Loubna Srelema Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 7702 AON 8.7

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.

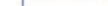
Fait à : 02/11/22

Le : 02/11/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/11/22 | | Cs | 300dh |  DR. FICHTALI KARIMA Gynécologie obstétrique 185 Bd Abdellmoumen étage 2 1007 Casablanca Tel: 0520 40 82 77 INPI: 091172551 |
| 12/11/22 | Echo morpho | | 500dh | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

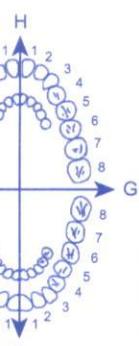
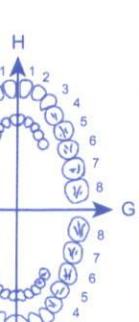
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|----------------|--|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|  | | $ \begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array} $ | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le: ___/___/___

Échographie Obstétricale du 1er Trimestre**Nom & Prénom :** SALEM Loubna**Opérateur :** PR FICHTALI KARIMA**Indication :** Bilan échographique du 1er trimestre**Utérus gravide**, de contours réguliers, d'échostructure homogène.**Nombre d'embryon :****Vitalité :** Bonne mobile, présentant une activité cardiaque régulière.

LCC = 87.9 mm ce qui correspond à 14 SA+ 5 j

SG = . mm ce qui correspond à . SA+ . j

Annexes : La quantité de liquide est en quantité normale.

Le trophoblaste est homogène.

Conclusion : Grossesse intra-utérin de 14 SA 5 J j, sans particularité.

DR. FICHTALI KARIMA

Gynécologie obstétrique

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur au CHU Ibn Rochd

Casablanca

Ex Directrice de Spécialité à l'Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa

Suivi de grossesse et accouchement

Chirurgie des cancers gynéco-mammaires

Oncoplastie du sein

Chirurgie vaginale

Coeliochirurgie gynécologique

Infertilité du couple



ذ. الفشتالي كريمة

أمراض النساء والتوليد

سيدة سماحة بالتعليم العالي بالمستشفى الجامعي ابن اش

الدار البيضاء

عبدية تخصص

دبيرة تخصص امراض النساء والتوليد سابقا بمستشفى الشيخ خليفة

أمراض الحمل والولادة

جامعة مالقا وآفاقها

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجراحه بالمنظار

علاج عقم الزوجين

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca le: 12/11/22

Note d'honneur

Hme e SALEM LOUBNA

Consultation: 300/-

Echo Morpho 500,-

Total: 800,100

~~SP 091772537
Casparina Tel: 0320 40 82 77
185 Bd Adolphe Montrouge
Guricelidge bessterreue
P. F. L. M. A. B. M. A. B. M. A.~~

Adressse : 185 Blvd Abdelmoumen étage 2 N.7 Casablanca / 185 شارع عبد المؤمن، بناية 2، الدار البيضاء

Tel.: 0520 40 82 77 / E-mail : Karima.fichtali@yahoo.fr

