

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

168/ME

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1026

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SERBOUTI

EL GHATOUANI

Date de naissance :

Adresse : N°1 Rue 2 lot Attadawouna CHERAM OULIA CASA

Tél. : 070 28 6266

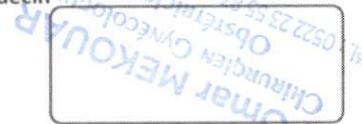
Total des frais engagés :

500

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/06/2023

Nom et prénom du malade :

oudia Rahma

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ondine

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



I. BOUAFACHE

ACCUEIL

I. BOUAFACHE

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
06-06-23 + Edw	C 2	Sogaz		INP 09/11/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DÉBUT D'EXÉCUTION []															
				FIN D'EXÉCUTION []															
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX []															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2"></td><td>H</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td>25533412 21433552</td></tr> <tr><td colspan="2">D </td><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td>35533411 11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td>B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H			25533412 21433552	D		00000000 00000000			35533411 11433553			B	MONTANTS DES SOINS []
		H																	
		25533412 21433552																	
D		00000000 00000000																	
		35533411 11433553																	
		B																	
				DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXÉCUTION []															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

CABINET D'EXPLORATION URO-GYNECOLOGIQUE

CHIRURGIEN GYNECOLOGUE OBSTERTETRICIEN Dr O.MEKOUAR.

Casablanca le : 06/06/2023

FACTURE

Mme : OUDIA RAHMA

MOTIF : DOULEUR PELVIENNE.

Consultation : 200DH

ECHOGRAPHIE : 300 DH

Totale : 500 DH

Signé : O.MEKOUAR.

ANGLE RUE SOUMAYA ET BOULEVARD ABDELMOUMEN,
RESIDENCE SHEHRAZADE 3. CASABLANCA.
TEL : 0522.23.55.83 /0522.99.61.48 /FAX : 05.22.25.50.98
GSM : 0661.34.54.65.

Rapport image ultrason.

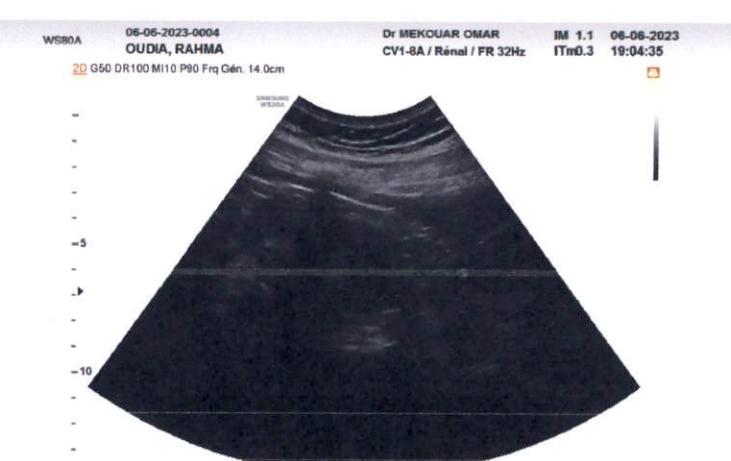
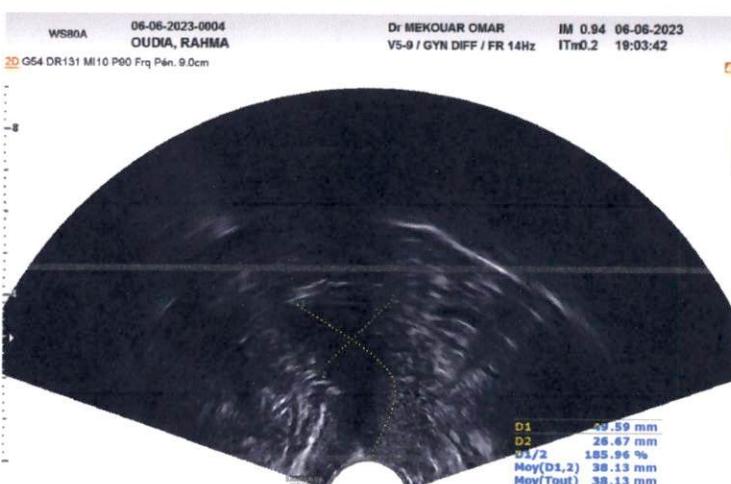
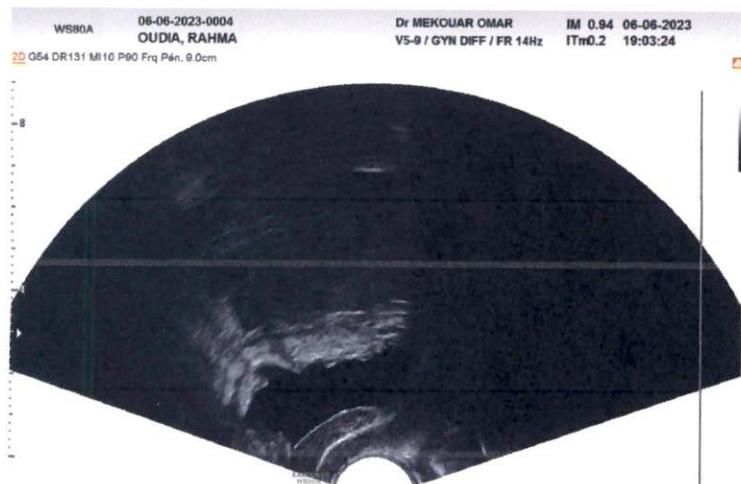
Page 1 of

Patient

N° 06-06-2023-0004
Nom OUDIA, RAHMA
D. naissance
Sexe Féminin

Examen

N° d'accès
Date 06062023
Description Echographiste
DR MEKOUAR



CABINET D'ECHOGRAPHIE DOPPLER

Dr Omar MEKOUAR.

Ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris
Et de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris V)

Angle rue soumaya et boulevard
Abdelmoumen, résidence shéhrazade 3
Casablanca TEL (022) 23.55.83.

Diplômé de médecine fœtale.
Diplôme universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale.

.....
Casablanca le : 06/05/2023

Mme **: OUDIA RAHMA**

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE
GYNECOLOGIQUE.

Echographe doppler couleur énergie 4D Samsung ELIT WS 80
Mis en service le 01/01/2017

INDICATION :

Douleur pelvienne

RESULTAT :

- Voie VAGINALE.
- Utérus anté-versé

Longueur du col et du corps : 49mm
Largeur : 26mm.

Contours : réguliers

Myomètre : hétérogène.
Endomètre : 7mm

OVAIRES :

Ovaire droit : d'aspect normal

Ovaire gauche : d'aspect normal

CONCLUSION :

Echographie normale

SIGNATAIRE : DR. OMAR MEKOUAR

DR OMAR MEKOUAR
Chirurgien Général - Radiologue
Tél.: 0522 25 50 98