

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-800755

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12501

Société : RAM

175282

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boudraa M<sup>e</sup> HAMZA

Date de naissance :

11-12-1983

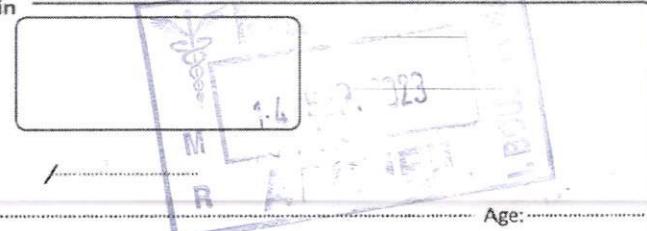
Adresse :

31 Rue Point du Jour Etg 4 N°1C

Tél. : 0666293531

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleurs pelviennes

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

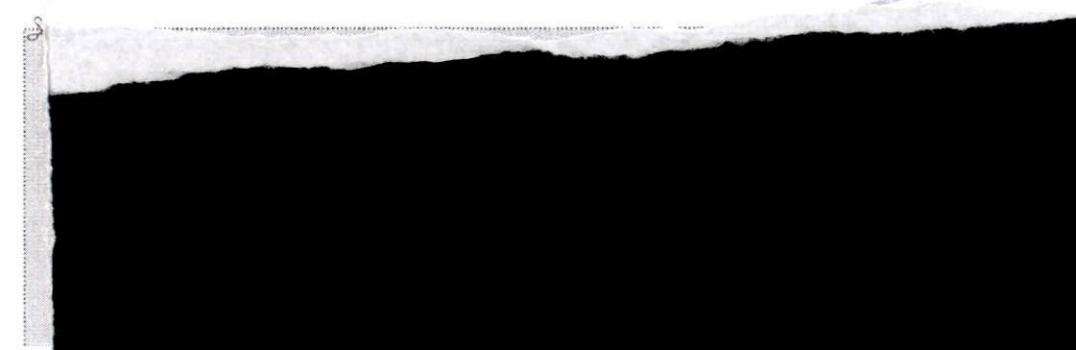
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

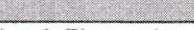
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

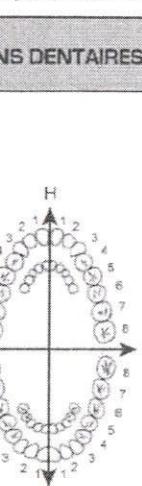
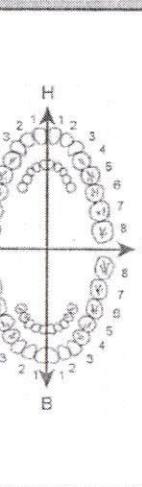
Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme H.T. EL ARAKI Bé, Abdellatif Ben Kaddour Tel: 099-32-56-38	26.06.2023	65,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie - Bures sur Yvette	20/07/2017	200	200

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				INP : <input type="text"/>														
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
			FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		

## **DOCTEUR AMINE HIMMI**

الدكتور أمين حمى

أستاذ أخصائى فى أمراض النساء والتوليد

بنيس، سابقة بمصلحة النساء والتوليد

العنوان: سایه بیرونی تنظیم انسانه بالمرکز الاستشفاری، این رشد

الولاية - الحاجة - أمراض الثدي

عقم الزوجين

#### **Professeur en Gynécologie Obstétrique**

Ancien Chef de Service à la Maternité Lalla Meryem, CH IBN Rochd

Ancien Responsable du Centre de Planification Familiale - CH Ibn Rochd

#### **Accouchement - Chirurgie Gynécologique**

et Cancérologique - Maladie du Sein

Stérilité du Couple Colposcopie - Echographie

CASABLANCA, le 26.06.2023

*Mme GHARIB Asmaa*

S.V.

1 SPASFON cp enr : B/30

## 1 le matin et le soir

## **2 POLYGYNAX**

1 ovule au coucher, pendant 6 jours

Barcode / NDC UC  
P.V.V. : 38DH30

Professeur Amine HIMMI

ARM N° 451/14 DMP/21/NRQ  
جبل عالي جبل عالي جبل عالي جبل عالي  
des entraînements

80  
~~Pharmacie EL ANADEL  
Mme H. EL ARAKI  
Ad. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél: 022.38.54.28~~

**Process** **R** **mine** **time** **value** **quality** **cost** **customer** **service** **innovation** **efficiency** **flexibility** **responsiveness** **integrity** **ethics** **innovation** **customer** **service** **value** **cost** **quality** **process** **time** **efficiency** **flexibility** **responsiveness** **integrity** **ethics**

27.50



# DOCTEUR AMINE HIMMI

الدكتور أمين حمي

Professeur en Gynécologie Obstétrique

أستاذ أخصائي في أمراض النساء والتوليد

Ancien Chef de Service à la Maternité Lalla Meryem, CH IBN Rochd

رئيس سابق بمصلحة النساء والتوليد

Ancien Responsable du Centre de Planification Familiale - CH IBN Rochd

رئيس سابق بمركز تنظيم الأسرة بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

الولادة - الجراحة - أمراض الثدي

et Cancérologique - Maladie du Sein

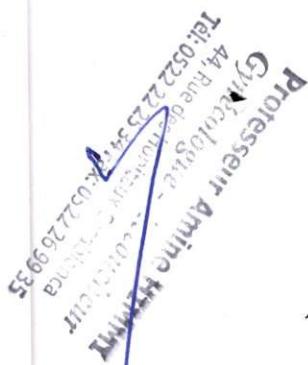
عقم الزوجين

Stérilité du Couple Colposcopie - Echographie

CASABLANCA , le 26 Juin 2023

**Mme GHARIB Asmaa**

ECHOGRAPHIE PELVIENNE



# DOCTEUR AMINE HIMMI

الدكتور أمين حمي

Professeur en Gynécologie Obstétrique

Ancien Chef de Service à la Maternité Lalla Meryem, CH IBN Rochd

Ancien Responsable du Centre de Planification Familiale - CH IBN Rochd

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

et Cancérologique - Maladie du Sein

Stérilité du Couple Colposcopie - Echographie

أستاذ أخصائي في أمراض النساء والتوليد

رئيس سابق بمصلحة النساء والتوليد

رئيس سابق بمركز تنظيم الأسرة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

الولادة - الجراحة - أمراض الثدي

عقم الزوجين

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca le : 26/06/2023

ICE N° : 001694400 00 0086

NOM / PRENOM : Mme GHARIB ASMAA

COMPTE RENDU

## INDICATION :

Douleurs pelviennes

## RESULTAT :

Vessie pleine, utérus de petite taille 60/34 mm, d'échostructure homogène

Ligne de vacuité bien visible

Les annexes sont de taille et de morphologies normales

## CONCLUSION :

Echo pelvienne normale.

Dr. AMINE HIMMI  
Gynécologue - Accoucheur  
Professeur  
Tél: 0522 26 99 35  
Fax: 0522 26 99 35  
44, Rue des Hôpitaux - 1er Etage en face Urgences IBN Rochd - Tél.: 05 22 22 25 34 - Fax : 05 22 26 99 35 - GSM : 06 61 14 92 40

# DOCTEUR AMINE HIMMI

الدكتور أمين حمي

Professeur en Gynécologie Obstétrique

Ancien Chef de Service à la Maternité Lalla Meryem, CH IBN Rochd

Ancien Responsable du Centre de Planification Familiale - CH IBN Rochd

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

et Cancérologique - Maladie du Sein

Stérilité du Couple Colposcopie - Echographie

أستاذ أخصائي في أمراض النساء والتوليد

رئيس سابق بمصلحة النساء والتوليد

رئيس سابق بمركز تنظيم الأسرة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

الولادة - الجراحة - أمراض الثدي

عقم الزوجين

Sur Rendez-Vous

بالموعد

CASABLANCA LE : 26/06/2023

ICE N° : 001694400000086

## Reçu de paiement

### Professeur en gynécologie obstétrique

Accouchement Chirurgie Gynécologique

Et Cancérologique- Maladie du sein

Stérilité du couple colposcopie- Echographie

Je soussigne Pr. HIMMI A. avoir reçu de Mme GHARIB ASMAA la somme de sept cent dirhams

CONSULTATION : 300.00 DH

ECHOGRAFIE : 400.00DH

**Au total : 700.00 DH**

