

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12740 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEN SEDOUK Merieme A 91981
Date de naissance : 25/05/1988
Adresse : N°3, Etape 2, Résidence Jardin d'Anfa, 10
Rue Normandie, Casablanca
Tél. : 0610592393 Total des frais engagés : # 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 13/01/2024
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Grosse
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Casa Le : 13/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : 

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

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
13/01/24	CS		250,00	<p>Professeur B. S. Spécialiste en Gynécologie Rés. du Palais El Manssour Tél. 0622.95.55.14 / 0622.95.55.22 Cof. 00178927</p>
	ECHO		350,00	

13/01/24	CS	250,00	Professeur B... Spécialiste en Chimie Rés. du Palais El Mansour 0622 95 12 12 / 0622 95 12 12 001 7827 10000
	ECH 0	350,00	

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

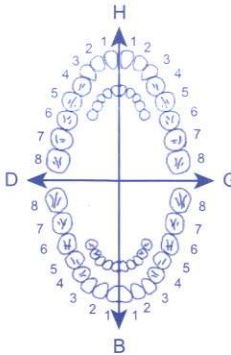
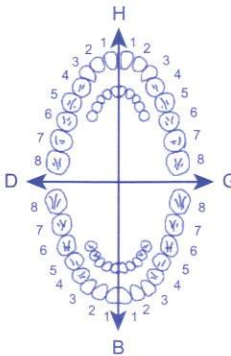
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>		



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE

Professeur en Gynécologie - Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبونيدان

أستاذة في طب النساء و التوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 13/01/2024

M^{me} Benseddik Neriem

Facture :

Echographie 350,00 dhs

Professeur **BISBIS Wafae**
Spécialiste en Gynécologie
Rég. du Palais El Mansour
N° 120004 INPE 0522 95 00 04
N° 001789271000048 ICE
Rég. du Palais El Mansour
N° 120004 INPE 0522 95 00 04
N° 001789271000048 ICE

Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour. Im D. Appt n° 2, 1^{er} étage - Casablanca

Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 / 06 36 36 36 58 - E-mail: dr.bisbis@gmail.com

INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048

Patient		Examen	
N°	13-01-2024-0009	N° d'accès	
Nom		Date	130120
D. naissance		Description	
Sexe	Féminin	Echographiste	

Nom		N°	13-01-2024-0009	Date exam.	13-01-2024
Sexe	Féminin				
Institute	PR. BISBIS				

[OB]

DDR	01-06-2023	DEA(DDR)	07-03-2024	AG(DDR)	32s2j
Critère Pctl.	AG(DDR)	PFE	2000g±300g	Auteur EFW	Hadlock3(PA,...
AG(PFE)	32s4j	Pctl.(PFE)	62.88		

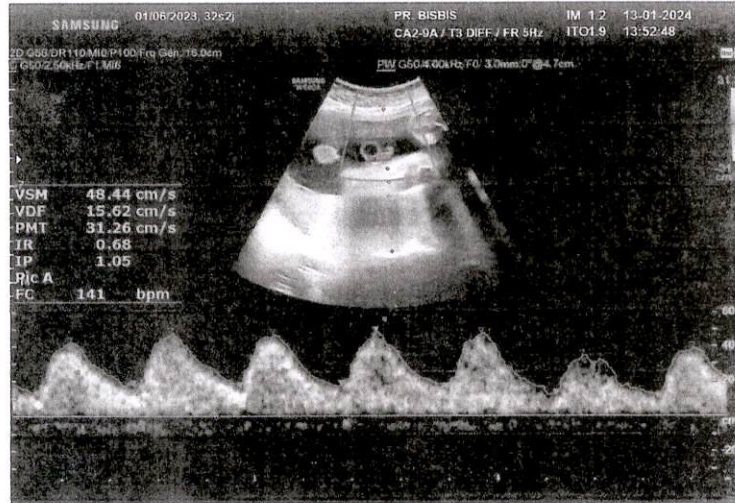
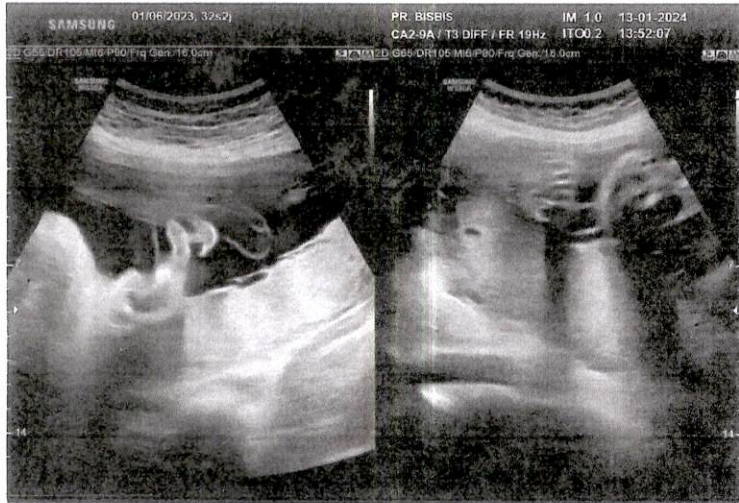
Biométrie fo...	Der...	1	2	3		AG	Pctl.
BIP	81.60	80.02	83.08	81.60	mm	32s5j±21j	Hadl... 30.39 CFEF...
PC	297.92	292.17	294.59	297.92	mm	32s6j±20j	Hadl... 66.10 CFEF...
PA	280.50	279.20	280.50		mm	32s0j±20j	Hadl... 52.85 CFEF...
FEM	64.25	62.38	64.25		mm	33s1j±20j	Hadl... 62.33 Hadl...

Patient

N° 13-01-2024-0009
Nom
D. naissance
Sexe Féminin

Examen

N° d'accès
Date 1301202
Description
Echographiste



Casablanca, le.....

13/01/2024

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

Nom et Prénom : Mme BEN SEDDIK MERIEME

DDR= 01/06/2023 DDG =15/06/2023

Terme théorique = 32 SA + 02 jours

Examen réalisé avec un appareil samsung WS80A

mis en service le 18/05/2021

Grossesse monofoetale évolutive dont la biométrie correspond au terme

Présentation céphalique dos à

Placenta postérieur fundique

Liquide amniotique en quantité habituelle par rapport au terme

FC régulière à 141 batt/min

Doppler ombilical : IR=0,68

EPF : 2000 g

Conclusion : grossesse mono-foetale évolutive de 32 SA + 02 jours.

Absence d'anomalies dans les limites de l'examen réalisé ce jour.

Dr. Bisbis Wafae
Spécialiste en gynécologie - Obstétrique
Rés. du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour, 1^{er} étage - Casablanca
Tél : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail : dr.bisbis@gmail.com
ICE : 001789271000048

إقامة القصر زاوية شارع غاندي ويعقوب المنصور عمارة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 00 04 - 05 22 95 05 20
Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour, 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail : dr.bisbis@gmail.com
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048