

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Nº W19-519746

ND: 32056

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13131

Société : RAIT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Soukaina

E 22 ENFARI UPRAS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 77 81 60

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet Dr. KAMAL ED MOUATACIM
Gynécologue Obstétricien
Résidence El Hamdi, Bd. Mohamed V
Mohammedia
Tel: 05 23 32 64 64 / INPE: 091029264

Date de consultation : 04 FEV 2020

Nom et prénom du malade : E 22 ENFARI Soukaina

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

S2

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
04-FEV-2019	CS		200,00	INP : 019-POKNGA Cabinet Dr. KAMALI JL Gyno

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/08/2020	36,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Demande et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
04 FEV 2023	04 FEV 2023	Echog	200 / 00
		pelvis	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des scins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bain de l'OT.

O.D.F DETERM

	MATERIAUX <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession									COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>
		MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>								
		DATE DU DEVIS <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>								
		DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Kamal EL MOUATACIM

Chirurgien Gynécologue Obstétricien

Accouchement - Stérilité du couple - Echographie Doppler couleur

Chirurgie Gynécologique - Chirurgie du Sein



الدكتور كمال المعتصم

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

التوليد - جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي

الشخص بالصدى - العقم والإنجاب الطبي

Mohammedia, le: 04 FEV. 2020

Al EZZAR FARI KOKAOUA

① Enfer
Alg 26

Flagyl® 500mg
10 Ovules



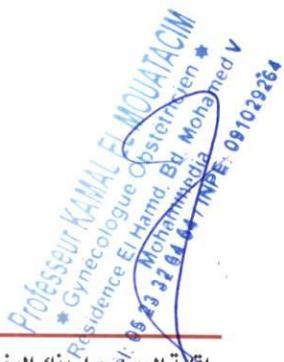
6 118000 060406

②



Nabila Boussaa
Flagyl 10
Nabil Boussa

36,30



اقامة الحمد بوار بنك المغرب للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس (قبالة مقهى الفصول الأربع) - المحمدية

Résidence El Hamad, Imm BMCE; Bd. Mohamed V (en face Café 4 saisons) - Mohammedia

E-mail: elmouatacimk@yahoo.fr - Tél.: 05 23 32 64 64/-06 59 13 39 39 - Fax: 05 23 32 12 12



ECHOGRAPHIE

Nom: *EL HIZZYAMI*

Prénom: *Sukaina*

Thérme Théorique : *33 SA 45*

PRESENTATION : Céphalique Siège Transverse

VITALITE : Mouvements : Oui Non Activité Cardiaque : Oui Non

BCF : *141* bpm

BIOMETRIE : BIP : *87* mm (SA)

PC : *24* mm (SA)

CA : *83* mm (SA)

Fémur : *67* mm (SA)

POIDS FOETAL : *2000g*

MORPHOLOGIE :

RAS

LIQUIDE AMNIOTIQUE :

Abondant

PLACENTA :

fruste

DOPPLER ARTERIEL :

Ombilical :

Cérébral :

Utérine Droite :

Utérine Gauche :

NOTCH: D G

CONCLUSION :

- *BMCE*
- *hypertension*

Professeur KAMALEL MOUATACIM
* Gynécologue Obstétricien *
Residence El Hamd, Bd. Mohamed V
Mohammedia
Tel: 05 23 32 64 64 / INPE: 091029264