

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5032*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ABDELFASSEL SAID*

Date de naissance : *08/01/64*

Adresse : *11 LOT FLORIDA Rue 7 Coliforme*

CASA

Tél. : *0661 342400*

Total des frais engagés : *-700-* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *ABDELFASSEL Said* 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 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 : *30/10/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
3/1/92	G		2500	
	Ech.		600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Saâd Agoumi

Spécialiste

Gynécologue - Obstétricien

Sur Rendez-vous



الدكتور سعد أغمي

اختصاصي

أمراض النساء والولادة

بالميعاد

m. ABDELLAH SAÏD

Casablanca, le

30/06/20

—

Indication 200-

2g + 3g au moins
du coup pdf 15/15

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss 1er
Casablanca
Tél. : 05 22 86 41 01 / 05 22 86 41 05

120, Boulevard Moulay Idriss 1er - Casablanca

Tél. : 05 22 86 41 01 - Fax : 05 22 86 41 05

Aut. N° 12839

120, شارع مولاي ادريس الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 86 41 05 - فاكس : 05 22 86 41 01

Docteur Saâd AGOUMI
Gynécologue - Obstétricien
Ex Assistant des Hôpitaux de France
Diplômé en Echographie de l'Université de Paris V

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE PELVI-ABDOMINALE

Madame :	ABOUFIRASSI SAIDA	Date :	30/06/20
Indication :	BILAN PRE MENOPAUSE	DDR :	27/06/20

RESULTATS

- SONDE UTILISEE	Courbe 3,5 MHZ :	Vaginale 6,5 MHZ :	X
- REPLETION VESICALE	Bonne :	Insuffisante :	

COL	Structure			Biométrie	

UTERUS :

- STRUCTURE	* Homogène :	X	* Hétérogène :	
- LIMITES	* Régulières :	X	* Irrégulières :	
- DIMENSIONS	* Longueur :	52 mm	Largeur	38 mm
- ENDOMETRE	* Fin :	+++	* EPAIS	
	* Homogène :	X	* Irrégulier	
- DIU	* En place :		* Déplacé :	
- IMAGES ANORMALES				
	* Aspect	° Homogène	° Hypoéchogène	° Hyperéchogène
	* Forme	° Arrondie	° Ovale	° Irrégulière
	* Dimensions		Nature	
* DOUGLAS	Libre :	X	Epanchement	Masse

OVAIRES	A droite	A gauche
VU	X	X
NON VU		
DIMENSSION	31 mm	28 mm
FOLLICULES	0	0
ANNEXES	RAS	RAS

- CONCLUSION :	Utérus de taille et de structure normales. Ovaires RAS ; Douglas libre . A noter aérocolie +++
----------------	--

- A Contrôler :	
-----------------	--

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue - Obstétricien
120, Bd. Moulai Idriss I
Tél.: 022 36 41 01/05-Casa

Docteur Saâd AGOUMI
Gynécologue - Obstétricien
Ex Assistant des Hôpitaux de France

Chirurgie gynécologique - Stérilité
Echographie - Sénologie
Endoscopie

Casablanca, 30/06/2020

NOTE D'HONORAIRE

NOM : ABOUFIRASSI
PRENOM : SAIDA

DATE	ACTES	MONTANT
30/06/20	ECHO	450,00 DH
TOTAL		450,00 DH

signé :

Docteur Saâd AGOUMI

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss I
Tél.: 022 86 41 01/05-Casa