

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

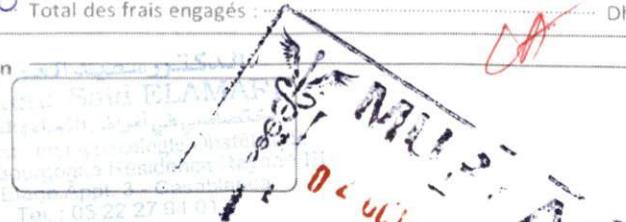
0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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° W19-548003

ND: 48450

CR

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 5090	Nom & Prénom : ABDELALI SAMIA		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Date de naissance : 06/05/1961		Total des frais engagés : 0000 Dhs	
Adresse : 133 Bd BEN ANZARANE 10 EL WARDI 3ème APP 10		Cachet du médecin : 	
Tél. : 0661941110		Date de consultation : 06/06/2010	
Nom et prénom du malade : ABD'EL ALI SAMIA		Age : 49	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent		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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/09/2010

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
21/09/2020	Consultation	1	40000	INP : <i>DR. A. A. A.</i>
20/09/2020	Examen physique	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Bd. Bir Anzarane 81 Ali Abdessalam 022-84-45-30 - CASABLANCA	21/09/2020	433.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DEBUT D'EXECUTION																				
FIN D'EXECUTION																				
COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
G																				
B																				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																				

Docteur Said EL AMARI

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Stérilité du Couple - Colposcopie - Hystéroskopie

Echographie Doppler Couleur

الدكتور سعيد العماري

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

جراحة أمراض النساء - أمراض و جراحة الثدي

العمق - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى و الألوان

Date : 21 SEPT 2020

ABDELA LI S AMAR

46.70x2 - mineh 1/1n

SMV

97,00 00
2023-02

lot: 004
PPC:

Fabriqué par : Laboratoires JUVA,
Rue Avogadro, Technopole Sud - 5760,
Résidence CASA 1 /
EMB 7

N° lot:
Péremption:



N° du cert:

DA20200402055 DMP/2021

FMM66 032B
LOT 99,00
Prix 99,00
MM 2023-02-05 E

24x2 - mineh 1/1n

SMV

97,00 00
2023-02

16x1 - AINIA RA GCF

N° lot:

DA20200402055 DMP/2021

FMM66 032B
LOT 99,00
Prix 99,00
MM 2023-02-05 E

16x1 - mineh 1/1n

N° lot:

DA20200402055 DMP/2021

FMM66 032B
LOT 99,00
Prix 99,00
MM 2023-02-05 E

DEELAMARI

48,30

LOT: M20052
PER: FEB 2023
PPV: 99 DH 00
AL INSTITUTE

LOT: M20052
EXP: FEB 2023
PPV: 45,50 DH

decin

45.50 - half box
141 x 3 } . gr ep

99.00 - Manf 3 ver
1 147.60 l. for
Total 433.90

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazak
t : 022-94-45-30 - CASABLANCA

Docteur Saïd ELAMARI

Spécialiste En Gynécologie Obstétrique

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Stérilité du Couple - Coloscopie - Hysteroscopie

Echographie Doppler Couleur

الدكتور سعيد العماري

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

جراحة أمراض النساء - أمراض وجراحة الثدي

العقم - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى والألوان

111

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE

NOM : ABDEL ALI

PRENOM : SAMIA

شارع بورگون إقامة ريان III - الطابق الأول - الشقة 3 - الهاتف : 05 22 27 94 01 - المحمول : 06 61 19 78 74

120, Bd. Bourgogne -Résidence Rayane III - 1er Etage - Appt 3 - Tél. : 05 22 27 94 01 - Gsm : 06 61 19 78 74

E-mail : saidelamari@gmail.com

21/09/2020

MME ABDELALI SAMIA

ECHOGRAPHIE PELVIENNE SOUS-FUBIENNE

-Vessie de contours réguliers

- Uterus retroverse de taille et d echostructure
- Ovaies GH atrophique
- Ovaire DT ko de 2.10 cm d allure fonctionnel
- Myomètre NL
- LV en place 13.9 mm

CONCLUSION

KYSTE OVARIEN DT FONCTIONNEL

DR ELAMARI SAID
21/09/20 12:36:21

ARDELLA L SAMIA
ADM 219920 2547

M0.32 T1C.0 B. EBC

0.00

