

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



ND: 47094

Déclaration de Maladie : N° S19-0001019

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11694 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHIMI Khalid Date de naissance : 17/02/1970

Adresse : NR 32 RUE SOUS RES SOUS APPT 4 QUARTIER CUBA

Tél. : 06 72 96 32 56 Total des frais engagés : 867,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/02

Nom et prénom du malade : SADACUI. Rojda 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 : AA / AA / 2020

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

Le : AA / AA / 2020

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ique :

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

ducation :

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 canaux, 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 canaux.

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
09/11/2020		300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/2020	267.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09/11/2020			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maître Assistant

Stérilité - Senologie - Echographie
Chirurgie Gynécologique

Casablanca le, 09/11/2020

Mme SAADAOUI Rajaa

46.00

DIGESTINE

1 gélule, matin et soir, avant les repas, pendant 10 jours

8990

FERYL

1 gélule le soir, au milieu du repas, pendant 1 mois

66.00 x 2

GESTEL 200

1 capsule, le soir par voie vaginale, pendant 30 jours

267.90



الدكتور زنبير عبد الإله
إختصاص في أمراض النساء و الولادة
أمراض العظم
93 زقة ناف شكاظوا الدار البيضاء
موقع: 05 22 28 04 12 / 05 22 27 44 21

LOT 201952
EXP 08 2025
PPV 46.00

FERYL
LOT: 153115N
DEUO: 02/2023
PPC: 89.90 DH
PHARMA CONNECT

Lot: LF20465A
Per: 05/2022
PPV: 66 DH 00

LF20465A
05/2022
66 DH 00

ORDONNANCE

Mme .

Le: 09/11/2020

SAADACCI ROJE

LAFACURZI

Echocardiographie: D. L.

R₃₅ —

300,00

الدكتور زهير عبد الله
الخصائص في أمراض النساء و الولادة
13 زنقة تاف شاطو الدار البيضاء
هاتف: 05 22 26 04 12
06 22 77 44 21

DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maître Assistant

Stérilité - Senologie - Echographie
Chirurgie Gynécologique

ECHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE

Mme SAADAoui Rajaa

Casablanca le, 09/11/2020

Examen

Sac gestationnel situé en intra utérin présentant des contours réguliers ,et renfermant un embryon vivant possédant une activité cardiaque .

G.S.D : 61.6 mm
C.R.L : 43.3 mm
V.V : 6.4 mm
C.N : ---- mm

CONCLUSION : Grossesse évolutive de 11.1 S.A

الدكتور زنبير عبد الإله
إختصاصي في أمراض النساء و الولادة
أمراض العقم
13 زينة شاطئ الدار البيضاء
05 22 27 44 21
05 22 26 04 12

DR ZHIBER ABDEL-JLAH
ECUBE5 09.11.2020 15:58:37 PM

Admin IM. 0.7
EV3-10T TIB 0.0

OB1

2D
90%
Freq 6.7
Gn 32
PR 85
BR 34
D 7.0

⊗ GS 6.16 cm ##
+ LCC 4.41 cm 11w1d 30/05/2021
⊗ d 3.52 cm
LCC 0.00 cm ##

(59/59)

(178/178)