

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>EL KADIRI 12764</u> Société : <u>229</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL KADIRI FATINE</u>			
Date de naissance : <u>01/08/1985</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0614.0015.82</u> Total des frais engagés : <u># 738,00 Dhs</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Dr. OUDRIHRI Gynécologue - Obstétricien Angle Bir Anzarane et Caid Aïad Rés. Ribh 3ème Etage - Casablanca Tél. 0522 20 45 45 - GSM 0662 22 45			
Date de consultation : <u>05/01/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL KADIRI FATINE</u> Age : <u>34</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>GROSSESSE</u>			
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 : 16/01/2020

Le : 16/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
07/01/2023 / 07/01/2023			6000	Dr. GOURGOURD M. 6.10.68 N° de Bic Anzurie Cassandras Rés. Rég. 3ème ét. 07/01/2023 10:15 - Gsm: 066222488

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZINE EL AGIDINE 14 Route d'Azemmour Ouled Azouz (61-0522965479)	09/11/2022	138,000

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.							
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>					
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>					
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
			ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Dr OUDRHIRI IDRISI Hicham
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hysteroscopie
Stérilité du couple. FIV - ICSI



09 janvier 2020



EL KADIRI Fatine

1/ MALTOFER 100 MG

2 cp par jour le matin

2/ PREGNACARE CP

15.30 1 cp par jour

3/ VITAMINE C 1000

122.70 1 comprimé le matin

4/ DAFLON 500 MG 30 CPS

1 cp x 2 / jour

5/ 158 PHARMACIE
ZINE EL ABIDINE
K14 Route d'Azemmour
Ouled Azouz
tél: 0522 96 54 79

Dr OUDRHIRI IDRISI H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achtar
Rés. Ribh 3ème Etage - Casablanca
Tél: 0522 25 10 15/GSM: 06 62 22 43 82

Dr OUDRHIRI IDRISI Hicham
Gynécologue - Obstétricien
Chef de clinique CHU Almeria
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Cœlioscopie et Hysteroscopie
Stérilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام
الخصاصي في أمراض النساء والتوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل على المخاطر
يالمستشفى الجامعي بآلمرية
الطب الجنيني والحمل على المخاطر
جراحة النساء والثدي
الجراحة بالمنظار
العمق والإنصاف

NOTE D'HONORAIRES

Date : 09/01/2020

Nom et Prénom : El Kadiri fatine

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 600 DH, et, détaillé comme suit :

- Prix de la consultation : 300 DH
- Prix de l'échographie : 300 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISI H

Dr. OUDRHIRI IDRISI H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Alachtar
Rés. Ribh 3ème étage - Casablanca
Tel : 0522 25 10 15 - GSM : 0662 22 48 82



Compte Rendu

Nom et Prénom : EL KADIRI Fatine

Âge : 34 ans

Date de consultation : 09/01/2020

Groupe Sanguin : A +

Poids : 64.0 Kg TA : 110/70 mmHg

Date Dernières Règles : 28/07/2019

Date Prévue d'Accouchement : 03/05/2020

Semaines d'Aménorrhée : 23 semaines et 4 jours

Semaines d'Aménorrhée corrigée : Non

Biométrie Foetale

DBP :	60.9 mm	Activité cardiaque :	Positive
CC :	228.9 mm	Liquide Amniotique :	Normal
CA :	202.1 mm	Placenta :	Normal
LF :	41.7 mm	Présentation :	céphalique
Poids Estimé Foetal :	694 g	Percentile :	...
Sexe :	Masculin		

Doppler Maténo-Foetal	IPACM :	NR
	IPAO :	NR

	Vu
Rachis	v
Vessie	v
Membres Sup	v
Membres Inf	v
Cordon, Abdomen	v

	Vu
Coeur, 4 Chambres, Vx	v
Diaphragme	v
Plexus choroïdiens	v
Ligne Médiane	v

Examen & Analyse :

Note les mouvements foetaux.

Pas de saignement vaginal ni pertes.

Cervicométrie : 45mm.

Petite dilatation pyélocalicielle gauche de 4,9mm.

Conclusion :

Grossesse évolutive correspondant à son aménorrhée avec croissance adéquate. Peite dilatation pyélocalicielle gauche de 4,7mm. Prochaine visite dans un mois sauf nouvelle incidence.

Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caid Alachtar Résidence Ribh A, 3 étage
Tél : 05 22 25 10 15 – Urgences : 06 62 22 48 82

تقاطع شارع بتر أذران ونقطة القائد الأعظم، إقامة ربيع، الطابق 3، (عمراء إنوي)
الهاتف: 05 22 25 10 15 - المستعجلات: 06 62 22 48 82

adéquate. Peite dilatation pyélocalcicid
nce.