

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Déclaration de Maladie : N° S19-0001565

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22779

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12345

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATTIF SOUBAIE Date de naissance : 01-03-1982

Adresse : lot ALKHAZATIA 1777 28 DAKOSS H.H.USA

Tél. : 06 61 11 48 86 Total des frais engagés : 749,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Danielle DUVIGEANT
MESTASSI
MÉDECIN-ACCUEIL
01 52 22 27 69 05

Date de consultation : 06/02/2020

Nom et prénom du malade : ATTIF SOUBAIE Date de naissance :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : GROSSE PATHOLOGIE

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 : CASABLANCA Le : 20/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Elie

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
05/12/2020			280,00	Dr. Danielle DUVIGNEAU GYNÉCOLOGUE 05/12/2020 - 01/03/22 - 09:05
26/12/2020			380,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HASSANA Dr. B. LAHOU KASSI 12-13 Lou Al Khourama	5/12/20	149,00

ANALYSES - RADIographies

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	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Danielle DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

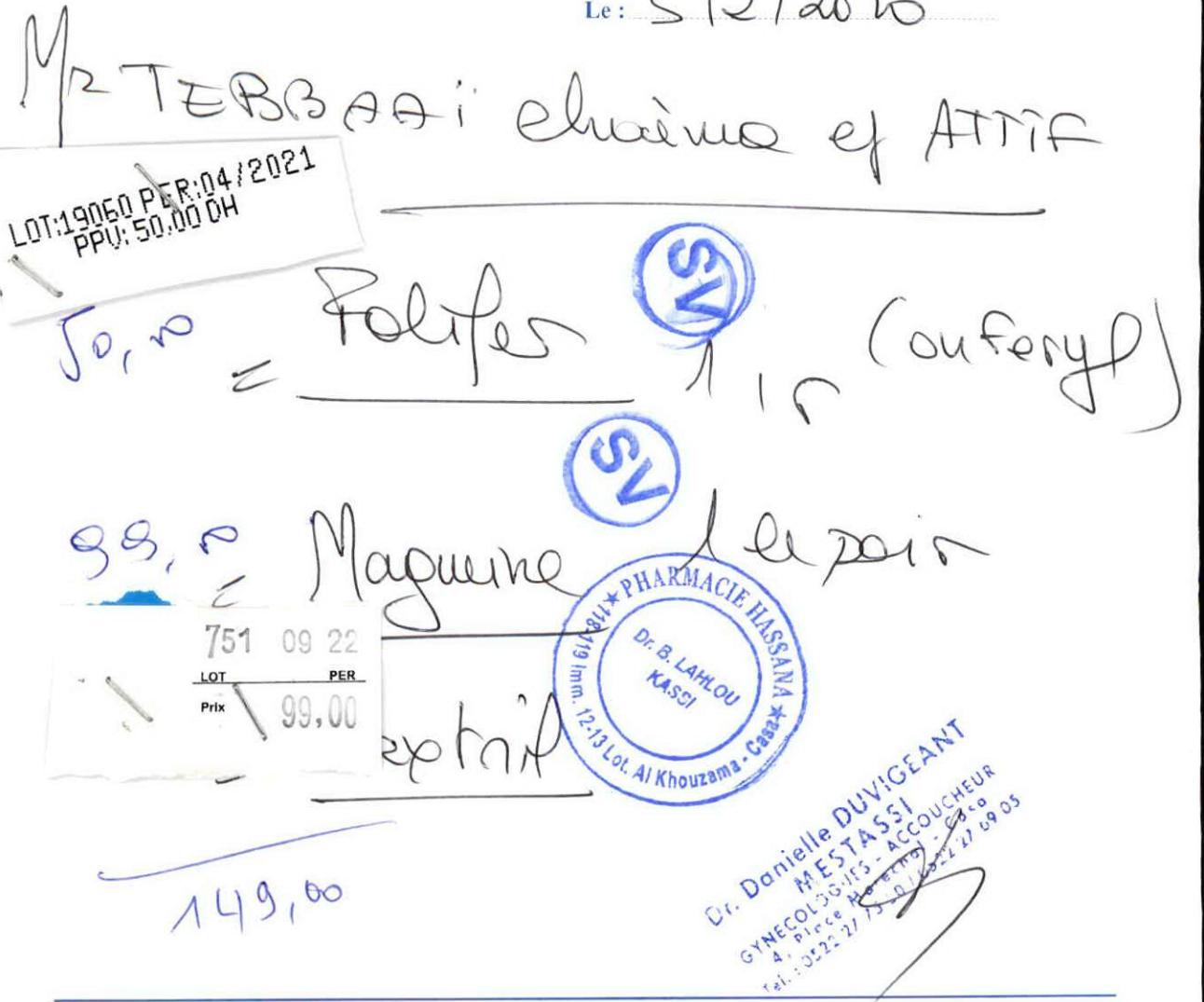
(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاضي
خريج كلية الطب بمونبولييه
داخلية قديمة بمستشفيات بربينيان
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24
(بالموعد)

Le : 5/2/2020



EN CAS D'URGENCE : CLINIQUE LES IRIS

13, Place Nid d'Iris - Quartier Racine - Tél.: 05 22 39 25 30

Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاضي
خريجة كلية الطب بمونبولييه
داخلية قديمة بمستشفيات بربينيان
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4. ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24
(بالموعد)

Le : 06.02.20

Facture

Reçu le somme de deux mille cinquante

dirhams (250.00 در) pour consultation et
trois cent cinquante dirhams (350,00 در) pour

pour Echographie pour la RTT de mi

TEBBAAJ chaine

Dr. Danielle DUVIGEANT
MESTASSI
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
4, Place Maréchal
05 22 27 75 50 - 06 66 62 81 27 - 05 22 20 40 24
Signature

EN CAS D'URGENCE : CLINIQUE LES IRIS

13, Place Nid d'Iris - Quartier Racine - Tél.: 05 22 39 25 30

CABINET GYNECO - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

Dr

Date 5/02/2020

Echographie

205

De Mme TE BRAI chaine

D.D.R.

G

II

P

I

Age :

Foetus

unifère. Bonne intégrité

- L.A. :



Placenta :

antérieur peu dense

- Morphologie : Crâne M. cérébrale rachidien. Malformation
osseuse de coude expulsif. Symétrie de face.
Méningocele minime. Oculaire (O), Visc.

Cardia 3 V/S

- Biométrie : BIP.

59 cm

11

FL : 4,21 cm

Il 20,89 cm

Conclusion

238A -

Il 6 ± 10 cm

Al nœg M/G

Dr. Danièle DUVIGEANT
GYNECOLOGISTE ACCOUCHEUR
4, Place Maréchal de Lattre de Tassigny
Tél. : 05 22 21 73 50 / 05 22 21 69 05

