

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº M21- 042562

84703

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12568

Société : RATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jihane Bellamlih

Date de naissance : 18/10/98

Adresse :

Tél. : 06 66 908 922 Total des frais engagés

800

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Laïla CHEBARI Gynécologue
Obstétricienne
250, Bd. Abdellatif Ben Abdallah
Abra Al Akademie 1er étage, n° 14 - Casablanca
3ème Etage Appart. N° 11 - 06 61 63 34 80
Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - 05 22 22 78 18
Email : dr.laila.chebari123@gmail.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/98

Nom et prénom du malade : Dr. BELLOULI Hiba Age :

Lien de parenté : lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection gynécologique

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 : 17 SEP 2011

ACCUEIL

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 Recouvrement des Actes
18/08/21	Co-Folles		300	<i>DR. Laïla CHEBARI ep. MILOU</i> Gynécologue - Obstétricienne 250, Bd. Académie, n° 14 - Casablanca Télé: 05 22 13 46 - Fax: 05 22 14 38 Email : duchausse123@mail.com
	E-Duis		200	

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
<i>Centre de Radiologie Spécialisée Cassagne CAS-CATH 6, Rue des Hôpitaux, Résidence du Parc 1er Etage N° 1 - Casablanca Tél: 05 22 13 46 - Fax: 05 22 14 38</i>	18/08/21	40	300 DHA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 35533411 11433553	<input type="text"/>
	D 00000000 35533411	00000000 11433553	B H G D B	<input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/>
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : *BELALEM LILY - JTHANE*

Age : *25 ans* Sexe :

Date de prélèvement : *18 AOUT 2021*

Renseignements cliniques et paracliniques : *nullipare*

*Conjoint avec Condylome /
est inflammatoire saignant au
contact / few de dépistage.*

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol Endocol :

Date des dernières règles :

Thérapeutique antérieure ou en cours :



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE

REF : 21/6463

Casablanca, le 18/08/2021

Date de facturation 18 / 08 / 2021
Médecin traitant Dr. CHEBARBI LAILA
Patient BELLEMLIH JIHANE - 080024
Demande C10818259 - 18/08/2021

Liste des examens

FROTTIS

A Payer	300,00	Dhs
coefficient-P	273,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
CASAPATH
6, Rue des Hôpitaux Résidence du parc
1er Etage N° 1 - Casablanca
Tel: 05 22 22 13 46 - Fax : 05 22 22 14 24

Dr. Laila CHEBARBI ep. MIKOU
GYNECOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE

**Suivi de grossesse - Accouchement - Stérilité
Maladies des Seins et chirurgie gynécologique
Echographie - Endoscopie**

**Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien médecin interne au CHU Ibn Rochd
Ex chef de service de l'hôpital Med. Sekkat**



الدكتورة ليلى الشباربي ميكو

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

مراقبة الحمل - التوليد

عقم الزوجين - أمراض الثدي

جراحة أمراض النساء - الغص بالصدى و المنطار

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيسة مصلحة سابقا بمستشفى محمد السادس

Casablanca, le :

18.08.21

MME BELLEMLIH JIHANE

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Vessie pleine, à paroi fine
Utérus de taille normal

Ligne de vacuité fine.
Endomètre normal

Annexes ovaires droit et gauche multufolluculaire
Cul de sac de douglas libre;

CONCLUSION

Echographie pelvienne normale.

Dr. Laila CHEBARBI ep. MIKO
Gynécologue - Obstétricienne
Résidence Abraj Abdelmoumen
250, Bd. Abdelmoumen
Casablanca
Tél : 05 22 25 25 01 - GSM : 06 61 63 34 60 - E-mail : drchebarbi123@gmail.com

250، شارع عبد المؤمن، إقامة أبراج عبد المؤمن، الطابق الثالث، شقة 14 - الدار البيضاء

250, Bd. Abdelmoumen, Résidence Abraj Abdelmoumen

Imm A, 3ème étage appart N° 14 - Casablanca

Tél.: 05 22 25 25 01 - GSM : 06 61 63 34 60 - E-mail : drchebarbi123@gmail.com

Patient

N°
Nom
D. naissance
Sexe

18082021-235054
BELKEMIH, JIHANE

Exam

N° d'accès
Dte exam.
Description
Opérateur

18-08-2021

