

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.

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.

optique :

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

éducation :

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

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

105 683

Déclaration de Maladie : № P19-0021120

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9567 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMRANA ELABDI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664138661 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2021

Nom et prénom du malade : Amrana Elabdi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète pele

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Amrana Elabdi

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
28/01/2014	consultation	1	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	I M	I V	

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Imane BEKOUCHI
Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein
Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroskopie
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée
Diplômée en Echographie de l'Université
Paris - Descartes



الدكتورة إيمان بکوشی
اختصاصية في أمراض النساء
والوليد

جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص والجراحة بالمنظار - العقم
المساعدة الطبية على الإنجاب
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة
ديكارت- باريس

Casablanca, le : 29/04/2021 : الدار البيضاء، في :

Mme : Imane Saad

Tach

Consultation + Echographie
pelvique : 400\$

Signature

Docteur Imane BEKOUCHI

Spécialiste en Gynécologie

Obstétrique

Chirurgie Gynécologique –Maladies du sein

Cœlioscopie-Colposcopie –Hystéroskopie

Stérilité – Procréation Médicalement Assistée

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

INDICATION :

COMPTE RENDU :

Utérus :

- Position : *anterior, left flexion*
- Contours : *regis*
- Taille : *normal*
- Echostructure utérine :
 - Cavité utérine : *empty*
 - Aspect du myomètre : *normal*
 - Endomètre : *normal*

Annexes :

- ovaire gauche : *normal*



- ovaire droit : *normal*

CDS Douglas :



Conclusion :

omrana, sara

VS6004294 21 11 29 3

Dr.BEKOUCHI Imane

29.11.2021

11:02:39

TIs <0.1

TIIb <0.1

MI 0.9

CL 5 RS

GYN

8.9cm / 1.2

55 / 37Hs

Uterus

HM PI 6 80 -> 70

AO95%

gn 6

CS/M4

FF1 / EI

