

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

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

N° W21-681114

106396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13170

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FANINA MOUSTAPAA

Date de naissance : 19/11/1991

Adresse :

Tél. : 06 61 34 85 52

Total des frais engagés :

720,53

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2022

Nom et prénom du malade : LAGHFOUR ZINIB

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : GROSSESSE

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.

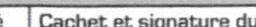
Fait à : CASABLANCA

Le : 01/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

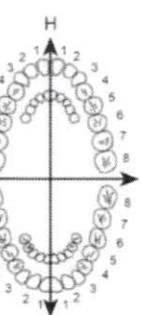
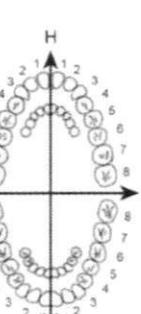


2

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
17/01/2022	(S)		200,00 300,00	INP : 67131 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'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"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
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"/>																

DOCTEUR HASNA ELFAIZ

SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Accouchement - Chirurgie gynécologique

Maladies du sein - Stérilité du couple

Echographie - Coelioscopie



الدكتورة حسنا الفائز

اختصاصية في امراض النساء والتوليد

الولادة - الجراحة النسائية

أمراض الثدي - عقم الزوجين

الفحص بالصدى - الجراحة بالمنظار

AGADIR, LE :

17/01/2022

اكادير في :



LAGHFOUR ZINEB

- Duphaston 10 mg

1 comprimé, matin, midi, soir pendant 7 JOURS

27,50

- Spasfon 80 mg

1 comprimé, matin, midi, soir pendant 15 JOURS SI DOULEURS

46,00

- Digestine 16 mg

1 gélule, Matin pendant un mois

✓.✓.✓.

27,50

✓.✓.✓.

✓.✓.✓.

158,40



PHARMACIE ELMIRA

Dr. ASMA MELLAS

Mag. N° 932 TILLILA - AGADIR

Tél: 05 28 28 59 59



LOT 211907
EXP 07 2026
PPV 46.00

GADIR

موعدكم يوم:

شارع الحسن الثاني اقامة افران 4 - اكادير

Tel./ Fax : 05 28 820 420 (sur rendez-vous)

Email : elfaizgyn@yahoo.fr

DOCTEUR HASNA ELFAIZ

SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Accouchement - Chirurgie gynécologique

Maladies du sein - Stérilité du couple

Echographie - Coelioscopie



الدكتورة حسناء الفائز

اختصاصية في امراض النساء والتوليد

الولادة - الجراحة النسائية

أمراض الثدي - عقم الزوجين

الفحص بالصدى - الجراحة بالمنظار

AGADIR, LE :

17/01/2022

: اكادير في

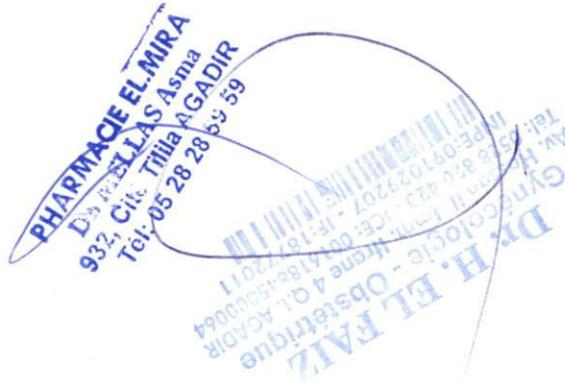
LAGHFOUR ZINEB



• Projeva 200mg

1 capsule, SOIR PAR VOIE VAGINALE PENDANT 3 SEMAINES

62/B



موعدكم يوم : VOTRE R.D.V LE :

Avenue Hassan 2 Imm. Ifrane 4 - AGADIR

شارع الحسن الثاني اقامة افران 4 - اكادير

Tél./ Fax : 05 28 820 420 (**sur rendez-vous**)

Email : elfaizgyn@yahoo.fr

Docteur EL FAIZ HASNA

الدكتورة حسناء الفائز

Spécialité en gynécologie

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Obstétrique

Note d'honoraire

NOM :LAGHFOUR

PRENOM :ZINEB

Examen : CONSULTATION+ ECHOGRAPHIE

Date :17/01/2022

Somme :200DH+ 300DH

Av Hassan II Imm IFRAN 4 1^{er} étage N° 14 Agadir

Tel / Fax: 05 28 82 04 20/ ICE : 001618845000064 IF : 18772011

INPE : 091029207

~~DOCTEUR HASNA ELFAIZ~~



الدكتورة حسناء الفائز

Date : 17/01/2022

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE 1^{er} TRIMESTRE

Nom : Laghfonc Prénom : Zoé Age :
DDR : 22/11/82 DPA:

Résultats :

Grossesse Unique :

Grossesse Gemellaire :

Activité Cardiaque : 

Mouvement Actifs :

SG : mm :

vo: 4 -

Embryon : LCC 11 mm : 3.75

mm: AAE 25

BIP : LF :

Clarté Nucale : mm Longueur Nucale : mm

Annexe Droite :

Annexe Gauche : 

Conclusion :

sion : Gramme monoféble élastique.
de $\text{f} \times A + 2 J'$

+ a hypodermic de 18 x 15 -

