

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0018785

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12576

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SIMMOU Adel

Date de naissance : 01/09/1986

Adresse : CITE WAHDA, N 232, ALIA, MOHAMMEDIA

Tél. : 0667762010

Total des frais engagés : 400,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/06/22

Nom et prénom du malade : SALHILATIEA

Age : 19.86

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lésion de grossesse d'urgence

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : MOHAMMEDIA

Le : 17/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

**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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
17/06/22	CS 2.00 DH			 BUNA Mariya écologue - Ophtalmologue الطبيبة بونا مارييا BUNA Mariya écologue - Ophtalmologue الطبيبة بونا مارييا BUNA Mariya écologue - Ophtalmologue الطبيبة بونا مارييا
	ECHE 2.00 DH			
	TOTAL 4.00 DH			
	quatre cent DH			

# 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

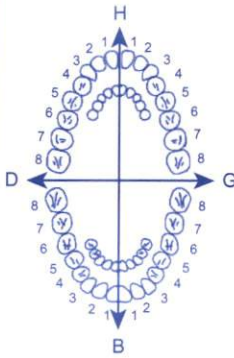
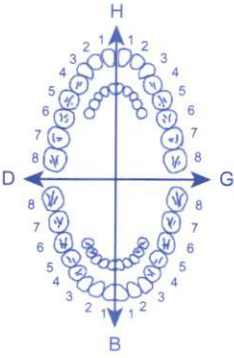
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur - Mariya ABUNA**

**Spécialiste Gynécologue - Obstétricien**



**الدكتورة ماريأ أبونا**

**إختصاصية في أمراض و جراحة النساء و التوليد**

- ✓ Suivi des Grossesses
- ✓ Accouchements
- ✓ Maladies du sein
- ✓ Affections gynécologiques
- ✓ Coelochirurgie
- ✓ Échographie Gynécologique et Obstétricale

- ✓ الإشراف على الولادة الطبيعية والقيصرية
- ✓ متابعة الحمل ونمو الجنين
- ✓ أمراض الثدي والأمراض التناسلية
- ✓ الفحص والجراحة بالمجهر
- ✓ تصوير إيكو

**FACTURE**

Mohammedia le : 17.06.22

Mme SALHI. LATIFA

U 200 DH

ECHO 200 DH

TOTAL 400 DH

quatre cent DH

**Dr. ABUNA Mariya**

Gynécologue - Obstétricien

الدكتورة ماريأ أبونا

إختصاصية في جراحة النساء و التوليد

17, Bd Mohamed 6, N°8, Appt 4

Mohammedia - Tel : 05 23 30 57 11

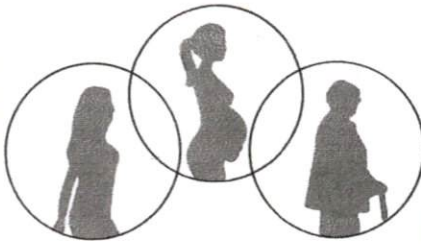
Lotissement El Massira. Bd Riad (Mohamed 6) N°8, 1 étage. Appt N°3. (a côté d'école RODIN et Banque Populaire). Alla-Mohammedia

تجزئة المسيرة. شارع الرياض (محمد السادس) رقم 8. الطابق الأول. الشقة 3 (بجانب مدرسة رودان و البنك الشعبي). العالية - المحمدية

**Cabinet 0523.30.57.11 العيادة**

**Docteur - Mariya ABUNA**

**Spécialiste Gynécologue - Obstétricien**



**الدكتورة ماريا أبونا**

**إختصاصية في أمراض وجراحة النساء والتوليد**

- ✓ Suivi des Grossesses
- ✓ Accouchements
- ✓ Maladies du sein
- ✓ Affections gynécologiques
- ✓ Coelochirurgie
- ✓ Échographie Gynécologique et Obstétricale

- ✓ الإشراف على الولادة الطبيعية والقيصرية
- ✓ متابعة الحمل ونمو الجنين
- ✓ أمراض الثدي والأمراض التناسلية
- ✓ الفحص والجراحة بالمجهر
- ✓ تصوير إيكو

## Echographie obstétricale

Date de l'examen: 17.06.22  
Nom/Prénom: SAHIL LATIFA  
Age: \_\_\_\_\_ ans  
Motif de l'examen: Grossesse  
DDR: imprécise  
DA: 12.08.22 selon Echo du 1<sup>er</sup> trimestre

### COMPTE-RONDU:

**2<sup>ème</sup> - 3<sup>ème</sup> trimestre**

FOETUS: nombre 2

PRESENTATION: céphalique \_\_\_\_\_ siège \_\_\_\_\_  
transverse \_\_\_\_\_ oblique \_\_\_\_\_

diagonale

ACTIVITE CARDIAQUE: présente \_\_\_\_\_ bpm absente \_\_\_\_\_

MOUVEMENTS FOETEAUX: présents \_\_\_\_\_ (actifs \_\_\_\_\_ lents \_\_\_\_\_) absents \_\_\_\_\_

BIP \_\_\_\_\_ mm SA<sup>+</sup> J

LF \_\_\_\_\_ mm SA<sup>+</sup> J

AC \_\_\_\_\_ mm SA<sup>+</sup> J

HC \_\_\_\_\_ mm SA<sup>+</sup> J

Pds: 2200 grammes.

CORDON: 3 vaisseaux \_\_\_\_\_ 2 vaisseaux \_\_\_\_\_

PHENOTYPE: XX \_\_\_\_\_ XY \_\_\_\_\_

LIQUIDE AMNIOTIQUE: normal \_\_\_\_\_ en excès \_\_\_\_\_ hydramnios \_\_\_\_\_

oligoamnios \_\_\_\_\_ anamnios \_\_\_\_\_

la plus grande citerne \_\_\_\_\_ mm

PLACENTA: antérieur \_\_\_\_\_ postérieur \_\_\_\_\_ latéralisé \_\_\_\_\_ fundique \_\_\_\_\_

normalement inséré \_\_\_\_\_ bas inséré \_\_\_\_\_ recouvrant \_\_\_\_\_

immature \_\_\_\_\_ mature \_\_\_\_\_

non calcifié \_\_\_\_\_ calcifié \_\_\_\_\_

CONCLUSION:

Grossesse monofœtale  
évolutive de 38 semaines

**Dr: Mariya ABUNA**  
Gynécologue - Obstétricien  
إمراض النساء والتوليد  
Lot El Nassira - Bg Rad N°8, Appl N°3  
Mohammed - Tél: 0523 30 57 11