

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W21-763476

par
Pourrir

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2283	Société : 13892		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAKKI SULT		Abdelhadi	
Date de naissance : 03/12/66		Adresse : 69 Rue Jbel HABRI Sidi EL	
Tél. : 0663796556		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
BAKKI SULT	
Date de consultation :	22/12/21
Nom et prénom du malade :	BAKKI SULT
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gyne Ispolli
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 : **20/10/2022**
Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie	N° W21-763476
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
20.12.11	C		300,-	INP : 1111188066 Fatine ep. Anesthésiologie Obstétrique Appt 6, Agde 34300 Gsm : 06 51 15 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/22	2.10,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LAM Laboratoire d'Analyses Médicales 99, Av. Ibn Sina - Agdal - Rabat Tél.: 05 37 68 18 38/39 Fax: 05 37 68 18 37 Tél. de l'agence: 07 16 00 45	20/11/2008	3.150	216.000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Fatine BENSAID
ép.AGHZADI
ancien professeur
à la faculté de Médecine de Rabat
Gynécologie - Obstétrique

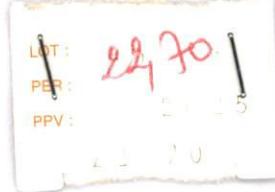


الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي
أستاذة سابقة
كلية الطب بالرباط
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Rabat, le 20/10/22

الرباط في

Mademoiselle BAKKOUCH TILILA



NOCAND 150

1 comprimé par semaine pendant 3 semaines

* AUGMENTIN 500:

1 boite(s) de 24 comprimés.

2 fois 2 comprimés par jour pendant 6 jours.

BAYCUTÈNE

tube(s) de pommade.

1 application matin et soir durant 10 jours.

PPV: 46DH70
PER: 06/26
LOT: L2135-2

SEDASTERIL:

1 Toilette le soir avec un gant de toilette humide imbibé avec la solution concentrée puis rincer à grande eau 3 minutes plus tard.

DERMASEPT SPRAY



LOT: 2140
EXP: 07/25
PPC: 99.00DH

70، زاوية زنقة أوكيمدن و زنقة أم الريح ، الشقة 6 الطابق الأول (عف ماك بوكيل) أكدال الرباط
الهاتف: 05 37 67 20 21 - الفاكس: 05 37 67 20 21 - المحمول: 05 37 67 20 21 - البريد الإلكتروني: fatine.bensaid@yahoo.com

70, angle rues Oum Rabii et Oukaimeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat
Tél : 05 37 67 20 21 - fax : 05 37 67 20 21 - GSM : 06 61 16 11 77 - E-Mail : fatine.bensaid@yahoo.com

Dr Fatine BENSAID
ép.AGHZADI
ancien professeur
à la faculté de Médecine de Rabat
Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي
أستاذة سابقة
 بكلية الطب بالرباط
 اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Rabat, le 20/10/22 الرباط في

Mademoiselle BAKKOUCH TILILA

FAIRE PRATIQUER :

Un EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE des Pertes vaginales
Cultures

ANTIBIOGRAMME

AM IEP SIWA
Laboratoire d'Analyses Médicales
39, Avenue Siria Agdal 10700 Rabat
Tél.: 05 37 68 11 77 - 05 37 68 00 50
Fax : 05 37 68 11 77
INPE Laboratoire : 107110335
INPE Directeur : 107110335

Pr. BENSAID Fatine ép. AGHZADI
Professeur en Gynécologie Obstétrique
70, Rue Oum Rabii Agdal 10700 Rabat
Tél/fax : 05 37 67 20 21 - GSM : 06 61 16 11 77

70, زاوية زنقة أوكيمدن و زنقة أم الريبيع ، الشقة 6 الطابق الأول (خلف ماك دونالد) أكدال - الرباط
الهاتف: 05 37 67 20 21 - الفاكس: 05 37 67 20 21 - المحمول: 06 61 16 11 77 - E-mail: fatine.bensaid@yahoo.com
70, angle rues Oum Rabii et Oukaimeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat
Tél : 05 37 67 20 21 - fax : 05 37 67 20 21 - GSM : 06 61 16 11 77 - E-mail : fatine.bensaid@yahoo.com

Facture 16298

RABAT LE : 23/11/2022

Référence: **2220528**

Analyses effectuées le: 20/10/2022

Matricule:

Pour.....: **Mlle BAKKOUCHE TILILA**

Sur prescription du: Dr BENSAID FATINE

Code.....: 1FB3163



Organisme.....: **NON CONVENTIONNES**

Bilan:

PV=B150

Cotation : (B 150)

Montant Net : 216.00 **Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT SEIZE Dhs 00 Cts

LAM IBN SINA
Laboratoire d'Analyses Médicales
39, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 18 38/39
Fax : 05 37 68 18 37
INPE Laboratoire : 103000550
INPE Directeur : 107160335

INPE Laboratoire
103000550

Prélèvement du : 20/10/2022 Heure : 12:11
 Édition du : 22/10/2022
 Référence : 21020NC5287
 Matricule :
 NON CONVENTIONNÉS



Code Patient	1FB3163	du :	20/10/2022
Mlle BAKKOUCHE TILILA			
Médecin: Dr. BENSAID FATINE			

PRELEVEMENT VAGINAL

- Aspect..... : **Blanchâtre**

EXAMEN DIRECT

Leucocytes.....	Très rares
Hématies.....	Absence
Cellules épithéliales.....	nombreuses
Trichomanas vaginalis	Absence
Cell cloutées (Gardnerella)...	Absence
Diplocoques intraleuc (Gono) :	Absence
Levures	Absence
Flore	Bacillaire

CULTURE BACTERIOLOGIQUE

Sur milieux usuels.....	Candida albicans
Sur Sabouraud (Mycoses)	Candida albicans

NB : Certains germes à culture difficile poussent au delà de 48h
 (HACEK, Listeria, Parvobactéries, Streptocoques etc...)

Dr. M. H. ABDELLATIFI
 Médecin Spécialiste en Biologie Médicale
 LAM IBN SINA
 INPE : 107100335
 39, Av. Ibn Sina Agdal - Rabat
 Tel: 0537 68 18 38/39 - Fax: 0537 68 18 37