

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° W21-765241

14/12/22

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12605

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAISI ACAA

Date de naissance :

09.02.88

Adresse :

Ris ACAA angle rue des Colibris, Fes, Casablanca

Tél. : 0600294677

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/10/2022

Nom et prénom du malade :

LAAOUINA chaï HAA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Algies pelviennes

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

Signature de l'adhérent(e) :

g/

ACCUEIL
NAZANE
19 DEC. 2022
Casablanca
NPE 00172551

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
03/10/22	CS		300 dh	INP : 
03/10/22	Echo		300 dh	P. FICHTAL KARIMA Gynécologie obstétrique Abdomino-endoscopique Anca Tel: 0520 408277 NPE 09/11/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACI</i> 15 bis, Rue des Tanneurs 75013 Paris Tél. 01 53 63 01 55	03.10.22	<i>149,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

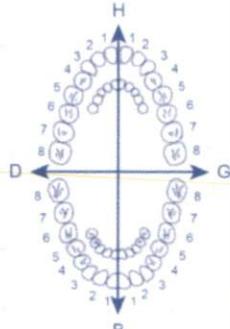
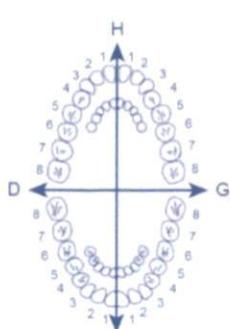
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></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></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																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																			

DR. FICHTALI KARIMA

Gynécologie obstétrique

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur au CHU Ibn Rochd
Casablanca

Ex Directrice de Spécialité à l'Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa

Suivi de grossesse et accouchement
Chirurgie des cancers gynéco-mammaires
Oncoplastie du sein
Chirurgie vaginale
Coeliochirurgie gynécologique
Infertilité du couple

Casablanca le:

ذ. الفichtالي كريمة

أمراض النساء والتوليد

أستاذة سابقاً بالتعليم العالي بالمستشفى الجامعي ابن رشد

الدار البيضاء

مدبرة تخصص أمراض النساء والتوليد سابقاً بالمستشفى الشيشا

أمراض الحمل والولادة

جراحة سرطان الرحم والثدي

الجراحة بالمنظار

علاج عقم الزوجين

PHARMACIE ODYSSEE
15 bis, Rue Tahane, Ferme Bretonne
Casablanca
Tel: 0522-253263
Fax: 0522-253263

وصفة طبية

Ordonnance

6/08/10/2022



DR. FICHTALI KARIMA

DR. FICHTALI KARIMA

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur au CHU Ibn Rochd

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur au CHU Ibn Rochd

Ex Directrice de Spécialité à l'Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa

Ex Directrice de Spécialité à l'Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa
Suivi de grossesse et accouchement

Chirurgie des cancres mammaires

Chirurgie des cancres mammaires

Oncoplastic mammaire

Chirurgie vaginale

Coelioscopie gynécologique

Infertilité du couple



ذ.الفشتالي كريمة

ذ.الفشتالي كريمة

للسنان واللثة والكلوي والمسنون العلاج الجامعي ابن رشد

أمراض النساء والتوليد

الدار البيضاء

موريتانيا

استاذة سيدنا العزيز العلوي المفتاحي العلوي الجامعي ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض نسائية تخصص امراض النساء والتوليد سابقاً بمستشفى التاريخ كلية

جراحة مسخان الرحم والثدي

البرازيل

أمراض الحمل والولادة

البرازيل

جراحة سخان الرحم والثدي

البرازيل

الجراحة بالمنظار

البرازيل

علاج عقم الزوجين

البرازيل

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca le:

NOTE D'HONORAIRE

Date: 03/10/22

Mme : LAOUINA Chaimaa

CONSULTATION : 300dh

ECHOGRAPHIE : 300dh

TOTAL : 600dh



SIGNATURE :

Adresse : 185 Blvd Abdelloumen étage 2 N.7 Casablanca / 185 شارع عبد المؤمن رقم 7 طابق 2 الدار البيضاء

Tél : 0520 40 82 77 / E-mail : Karima.fichtali@yahoo.fr

Nom & Prénom : CHANAA LAOUINA

Date: 2021/10/20

Date de naissance :

Opérateur : *PN*

Opérateur : *Do Le Huy* mise en service 03/2015
Appareil : GE Voluson Type : E6

Modalités d'examens: Voie Endovaginale.

-Uterus en position antéversé, de contours régulier mesurant 7cm d'échostructure homogène.

L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de 14 mm

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : *propre d'un follicule mûr*
- Ovaire gauche : *propre d'un follicule mûr*

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Absence de malaise : Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement

-Le Cul de
liquidien.

Conclusion : Echographie end vaginale *Aspect of endometrium*



Iaaouina chaimaa, 13.06.1991
VS8809518-22-10-03-7

PR. KARIMA FICHTALI

TIs 0.1 03.10.2022
Tlb 0.1 15:34:08
MI 1.1 RIC5-9A-RS
21Hz/7.0cm
180°/12°
Routine HI/GYN
HI M PI 11.00 - 3.60
AO 98%
Gn 2
C6/M7
FF2/E2
SRI II 4/CRI 1

