

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Le : adhérent doit être dûment renseigné.

Le : médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La : feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Le : est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, prothèses orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que les actes effectués en série.

Une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Le : sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Le : une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes au dossier médical pour toute demande de remboursement.

Le : du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de l'assurance.

Le : médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Le : facture renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de traitement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Le : es ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le : ins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Le : Longue Durée ALD et ALC : une maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Les utiles

E-mail : contact@mupras.com
E-mail : pec@mupras.com
Gement de statut : adhesion@mupras.com

pect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Déclaration de Maladie

N° W21-638146

Par courriel

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9496

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NIKE L Hanya

Date de naissance : 15/09/66

Adresse : ARRAYAH, N.S 15 Taweska

Tél. : 779037325256

Total des frais engagés : 3391,80

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Rafat

Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-638146

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 : 9496

Nom de l'adhérent(e) : NIKE L

Total des frais engagés : 3391,80

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

res des ctes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10117223	CS	3000	<p>INP 10117223</p> <p>D.M Visiting Doctor</p> <p>Astal - Ika 05 37 77 22 22</p> <p>visitingdoctorastal@gmail.com</p> 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Client	Date	Montant de la Facture
ADAY Meknès Club armacie Club es Choses te Meknès Arjat - Sale	07/01/2023	9 L. 80 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ure du adiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/11/2023	60h x 3000dt	180000 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nature du Soin	Date des Soins	Nombre d'heures					Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	Spécialité	IV	

4. ERENTE

du 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	35533411	11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		

Docteur Nisrine NSIRI

Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

Cancérologie Gynéco-Mammaire

Chirurgie du sein - Stérilité du couple

Endoscopie gynécologique

Echographie 3D/4D en temps réel



د. نسرين النصيري

اخصائية في طب النساء والولادة

سرطان الثدي والرحم

جراحة الثدي - عقم الزوجين

الجراحة بالتنظير الباطني

فحص بالصدى 3D/4D

Rabat, le : الرباط، في :

Rabat le 03/01/2023

Mme GUERBAOUI SOUAD

49.60 1. D-cure forte : 1 amp par mois

**42.20 2. Calcifix 500 : 1 cp par jour pendant
un mois**

⇒ 796.80 DH



10، زنقة بهت، الشقة 2 – أكدال – الرباط – الهاتف : 05 37 77 66 76

10, Rue Baht, Appt. 2 Agdal - Rabat - Tél. : 05 37 77 66 76 - Contact : docteurnsiri@gmail.com

Rabat le

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur NSIRI Nisrine

Présente à Mme ...

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de :

Pour l'acte :

Et le prie d'agréer de ses sentiments distingués

Docteur Nisrine NSIRI

Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

Cancérologie Gynéco-Mammaire

Chirurgie du sein - Stérilité du couple

Endoscopie gynécologique

Echographie 3D/4D en temps réel



د. نسرين النصيري

أخصائية في طب النساء والولادة

سرطان الثدي والرحم

جراحة الثدي - عقم الزوجين

الجراحة بالتنظير الباطني

فحص بالصدى 3D/4D

Rabat, le : الرباط، في :

Rabat le 03/01/2023

Mme GUERBAOUI SOUAD

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Utérus antéversé antéfléchi de taille normale de contours réguliers

Présence de deux myomes

Un myome type 4 de 6,5 mm de diamètre calcifié

Un myome type 5 de 12 mm de diamètre isthmique

Longueur : 5.47 cm

Largeur : 3.44 cm

Hauteur : 2.18 cm

Endomètre échogène fin de 2,7 mm d'épaisseur

ANNEXES :

Ovaire dt 1,170 x 0,48 cm de diamètre de siège normal

Ovaire gche de 1,21 x 0,83 cm de taille et de siège normal

Les ovaires sont atrophiques

Pas d'épanchement dans le CDS de DOUGLAS et/ou CDS vésico-utérin

Conclusion :

- *Échographie pelvienne sans particularités*



10، زنقة بهت، الشقة 2 – أڭادل – الرباط – الهاتف : 05 37 77 66 76

10, Rue Baht, Appt. 2 Agdal - Rabat - Tél. : 05 37 77 66 76 - Contact : docteurnsiri@gmail.com