

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



Declaration de Maladie

N° W21-788206

AS3698

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13070		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAHLY IMANE			
Date de naissance : 02/07/1993			
Adresse : Imm 1, App 10, des Jardins d'Oulfa, Oulfa, Casablanca			
Tél. : 0622380394		Total des frais engagés : 400,00	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 28/1, 23	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même, <input type="checkbox"/> Conjoint, <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Gynécologie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Fait à : CASA	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudication conseil de la Mutuelle.	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la cause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à : CASA, Le : 17 MAR. 2023	
Signature de l'adhérent(e) :	



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
28/1/23	CS	-	200,00 MAS 200,00 MAS	INP : 661234712

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

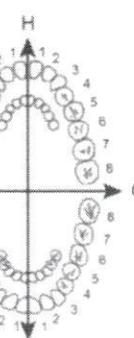
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan d'explorations.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $	$ \begin{array}{r l} H & 21433552 \\ \hline G & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 11433553 \end{array} $	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXI

Dr Mounia ARAZZAKOU ALAOUI
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Medecin attachée à l'hôpital Cheikh Khalifa

- Suivi de grossesse-accouchement
- Chirurgie gynécologique
- Chirurgie des cancers • Chirurgie du sein
- Coelioscopie • Echographie
- Colposcopie, Hystéroskopie
- Infertilité du couple



الدكتورة مونية أرزاقو علوي
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
طبيبة ملحقة بالمستشفى الدولي الشيخ خليفة

- تتبع الحمل والولادة
- جراحة أمراض النساء
- جراحة السرطان • جراحة الثدي
- الجراحة بالمنظار • الفحص بالصدى
- الفحص بالمنظار الداخلي
- علاج عقم الزوجين

ORDONNANCE

28/1/2023.

Casablanca le : الدار البيضاء في :

Nom et Prénom : LAFHY JMANE الإسم و النسب :

FACTURE

CS 200 MAS
+ Echo 200 MAS

Dr Mounia ARAZZAKOU
Gynécologue-Obstétricienne
N° 12345678901234567890

Résidence les Rosiers, 1^{er} étage Appt 114 angle bd El Qods et av.Dakhla. Ain chok. Casablanca

إقامة الورود الطابق 1 شقة 114 تقاطع شارع القدس وشارع الداخلة. عين الشق. الدار البيضاء

📞 05 22 03 21 73

Dr Mounia ARAZZAKOU ALAOUI
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Medecin attachée à l'hopital Cheikh Khalifa



الدكتورة مونية أرزاقو علوى

الاختصاصية في أمراض النساء والتوليد

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

- Suivi de grossesse-accouchement
 - Chirurgie gynécologique
 - Chirurgie des cancers • Chirurgie du sein
 - Coelioscopie • Echographie
 - Colposcopie, Hystéroskopie
 - Infertilité du couple

- تتبع الحمل والولادة
 - جراحة أمراض النساء
 - جراحة السرطان
 - الجراحة بالمنظار
 - الفحص بالصدى
 - الفحص بالمنظار الداخلى
 - علاج عقم الزوجين

ORDONNANCE

الدار البيضاء في : ٢٦ / ١٠ / ٢٠٢٣ Casablanca le :

الإسم و النسب : _____ / _____ / _____
Nom et Prénom :

John W. Young

$$\exists \cdot \cancel{\text{John}} \exists p$$

2) Complement (P)
N/G/T

3) have a lot to comment

✓ / *Sic fide* ✓

~~Anglo-Saxons~~

Résidence les Rosiers, 1er étage Appt 114 angle bd El Qods et av.Dakhla. Ain chok. Casablanca

إقامة الورود الطابق 1 شقة 114 تقاطع شارع القدس وشارع الداخلة. عين الشق. الدار البيضاء

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Medecin attachée à l'hôpital Cheikh Khalifa

Suivi de grossesse-accouchement

Chirurgie gynécologique

Chirurgie des cancers

chirurgie du sein

Coelioscopie

Echographie

Colposcopie, Hystéroskopie

Infertilité du couple



الدكتورة مونية أرزاقو علوى

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

طبيبة ملحة بالمستشفى الدولي الشيخ خليفة

تتبع الحمل والولادة

جراحة أمراض النساء

جراحة السرطان

جراحة الثدي

الجراحة بالمنظار

الشخص بالصدى

الشخص بالمنظار الداخلي

علاج عقم الزوجين

Echographie Obstétricale du 1^{er} trimestre

NOM & PRENOM : LAHLY TMAH

Date : 28/04/2023

Opérateur :

Examen réalisé par : GE VOLUSON TYPE P6

Indication : Bilan échographique du 1^{er} trimestre

Utérus gravide, de contours réguliers, d'échostructure homogène.

Nombre d'embryon :

Vitalité : Bonne mobile, présentant une activité cardiaque régulière.

LCC= 63 mm ce qui correspond à SA+ j

SG= mm ce qui correspond à SA+ j

Annexes : La quantité de liquide est en quantité

Le trophoblaste est homogène.

Conclusion : Grossesse intra-utérine de sans particularité.



ale du 1^{er} trimestre



TYPE P6

nestre

ostructure homogène.

ivité cardiaque régulière.

j

j

Annexes : La quantité de liquide est en quantité

Le trophoblaste est homogène.

Conclusion : Grossesse intra-utérine de

sans particularité.