

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-807385



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Maladie	Dentaire	Optique	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : EL 12320	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 70796
Nom & Prénom : EL AOUNI MOUHCINE			
Date de naissance : 19 Nov 1983			
Adresse : 535 CGI Ville Verte Bouskoura.			
Tél. : 0669041321		Total des frais engagés : 690,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LAHIRI KHAOULA

Age: **34 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

grossesse

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 : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) :



EDOUARD

100170

106123

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
19/5/23	CS + Echo	40000	INP : 030006126	Dr. A. Boulevarde, 1 ^{er} Etage, Gynécologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GREEN TOWN Dr. Maria ENNAR Cantip Commercial Green Town Ville Verte</i>	<i>AB 06 23</i>	<i>250,20</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

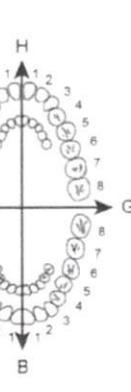
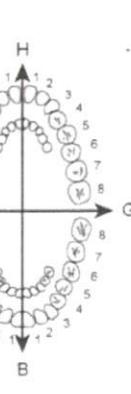
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	00000000													
		G	35533411	11433553													
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de france

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعى أمال

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

مناعة الحمل - التوليد

الحمل على الماء والمعضن بالصدى 3D/4D

جراحة النساء والثدي

الجراحة بالمنظار - العقم والإخصاب

19 IIIIN 2023

ACFOL®

Acide folique / Comprimés

LOT : 14223001

PER : 01/2027

PPU : 26,20 DH

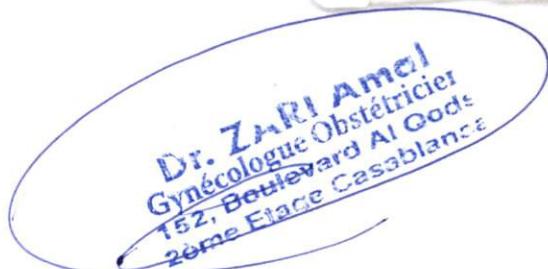
USMrichi tMAurita

26,20

4) Acfol (SV)
MPS

119,00

2) Refrane (SV)
MPS



58,00

3) Sargenor

100 mg - moli

57,00

4) Palosan B6

100 mg à 19h SV

T = 890,20

Sargenor 20 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPU 58DH00

EXP 12/2029

LOT 16096 3



DR



Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

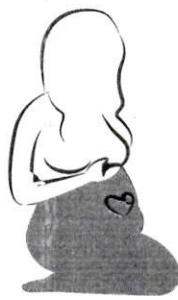
Ancien Attaché aux Hôpitaux de france

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعى أمال

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

الحمل على المخاطر والفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء والثدي

الجراحة بالمنظار - العقم والإخصاب

Echographie Obstétricale du 1^{er} Trimestre

NOM & Prénom : LAHRICHI KHAOULA Date : 19/06/2023

Examen réalisé par voie endovaginale

Examen réalisé à l'aide d'un appareil Général Electric VolusonE8

Date de première mise en service 23/12/2015.

Indication : Bilan échographique du 1er Trimestre

**Utérus antéversé, antéfléchi, médian, de contours réguliers, d'échostructure homogène.
Présence d'un sac gestationnel intra-utérin, fundique.**

**Vitalité : présence d'un sac gestationnel avec une vésicule vitelline, et embryon de 14mm
LCC : corresponds à 14sa**

L'ovaire droit d'échostructure normale

L'ovaire gauche d'échostructure normale

Il n'existe pas de masse annexielle pathologique visible ce jour.

Pas d'épanchement liquidiens dans le cul-de-sac de Douglas

Conclusion: GROSSESSE MONOFOETALE EVOLUTIF DE de 14SA+J.

Il a été discuté avec la patiente du fait que l'échographie morphologique même normale ne permet pas de dépister la totalité des anomalies morphologiques et qu'elle ne permet pas de faire le diagnostic des anomalies chromosomiques.

