

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.

M23-0028728

No
Ref
Date

194766

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	11443	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL HLOU S AÏSSA	
Date de naissance :		03.04.76	
Adresse :		CASA	
Tél. :	066.060878	Total des frais engagés :	900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	18.12.2023	Age :	
Nom et prénom du malade :	A.T.I.R.KOU FOTIMA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	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 :  Le : 18.12.2023

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
18/12/2023	CS + écho	CS	500,00	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LINIQUE DE CASABLANCA 25, RUE DE LA SANTÉ CASABLANCA TÉL: 0522 98 31 33	25/12/23	mgmt	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

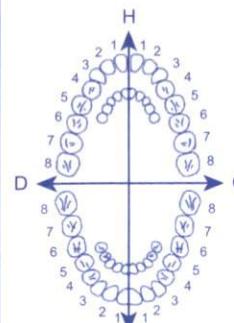
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

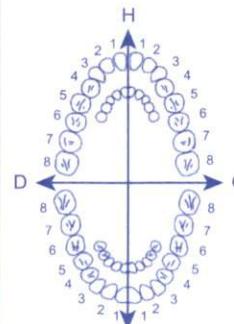


O.D.F
PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr OUDHIRI IDRISI Hicham
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque

Médecine Foetale et Grossesses à haut risque

Echomorphologie et Echocardiologie Foetale

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie

Stérilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام
إخصاصي في أمراض النساء والتوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر
بالمستشفى الجامعي بالمنصورية

الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر

جراحة النساء والثدي

الجراحة بالمنظار

العمق والإخصاب

18/12/2023

AIT IKKOU Fatima

Monitoring Foetal

37 semaines d'aménorrhées et 3 jours

Dr. OUDHIRI IDRISI H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caid Achafer
Rés. Riadh, 3^e étage - Casablanca
Tél: 0522 25 10 15 - GSM: 0662 22 48 82

Dr OUDRHIRI IDRISI Hicham
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque

Médecine Foetale et Grossesses à haut risque

Echomorphologie et Echocardiologie Foetale

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie

Stérilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام
اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر

بالمستشفى الجامعي بالميريرا

الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر

جراحة النساء والثدي

الجراحة بالمنظار

العمق والإخصاب

NOTE D'HONORAIRE

Date : 18/12/2023

Nom et Prénom : **AIT IKKOU Fatima**

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 500 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 300 DH

Prix de l'échographie : 200 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISI H

Dr OUDRHIRI IDRISI H
Gynécologue - Obstétricien
Bd Bir Anzarane et Rue Calid Alachtar Résidence Ribh A, 3 étage
Tél : 05 22 25 10 15 - Urgences : 06 62 22 48 82

Casablanca : 25/12/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nous soussignons Clinique LES PAPILLONS, reconnais que : Mme AIT IKKOU FATIMA à payer la somme de 400 DHS pour UN MONITORING.

Le présent facture est établi à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.



Casablanca, le 26-12-73

NOTE CONFIDENTIELLE
DU
MEDECIN TRAITANT

Concernant Mme AIT IKKOU. FATIMA

1. Date de la constatation de l'état du Malade.....

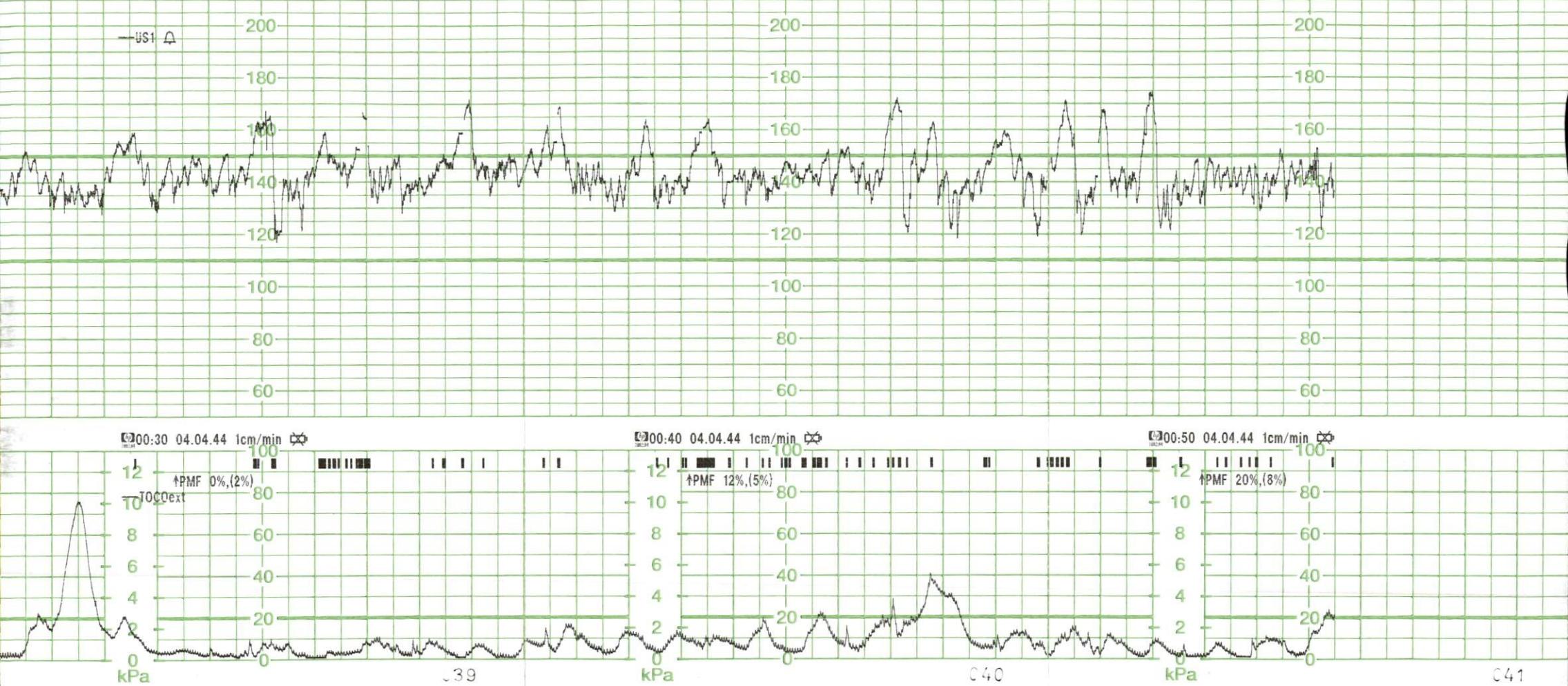
2. Renseignements cliniques sommaires.....

utérus cétiné

Traitemen^t envisagé, correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable.

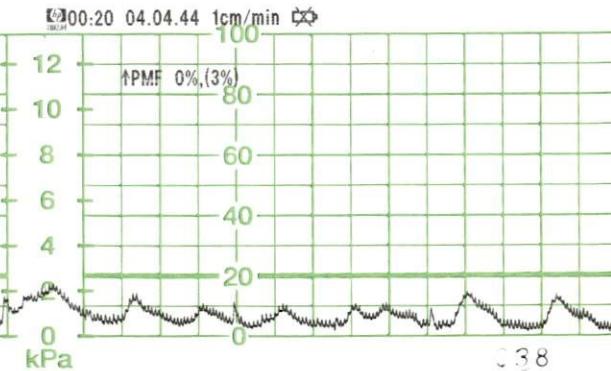
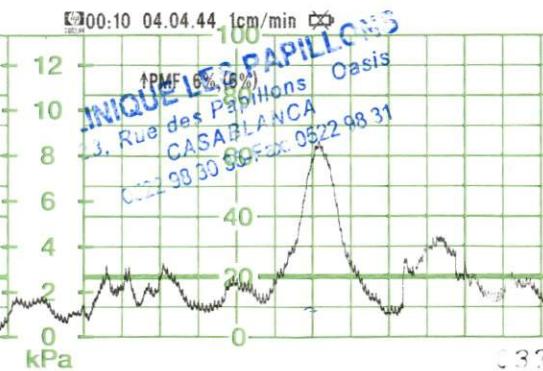
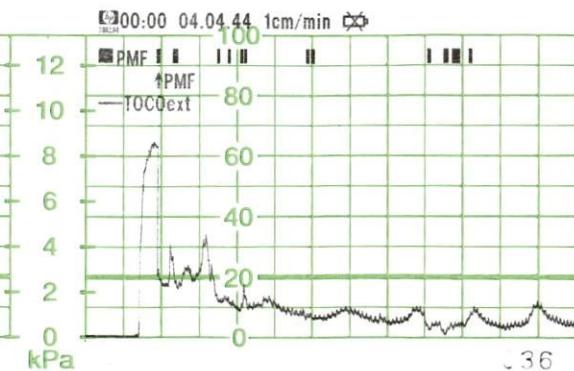
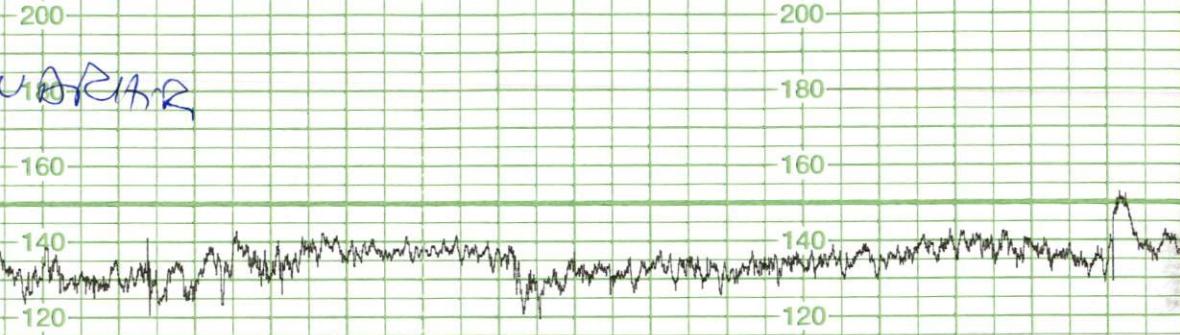
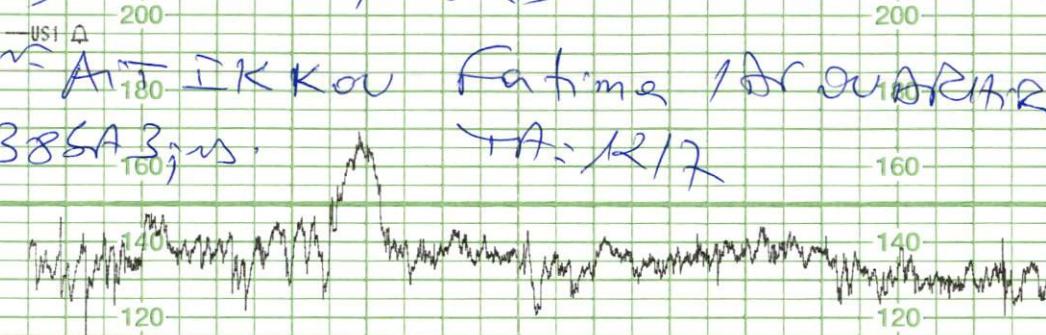
C'Est une

D. OUDRHIR IDRASSI H
Gynécologue Obstétricien
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Ait Tar
Rés. Ribb, 3^e Etage - Casablanca
Tél: 05 22 25 10 15. Gsm: 0662 22 48 82



le 25/12/2023

USI
AIIKKOU Fatima / DRONARIS
Alt: 385A 3m.





Clinique
les papillons

Monitoring

الغراسات مصحة

Reçu de Caisse

N° 103539

Nom : Dr AïT IKKOU

Prénom : Fatima / D'eu Afifi Ri.

Montant : 400 DH

Date de sortie : 25/12/2012 Chambre : CA

Réglé par M. T. ADEL BEN

Signature

Signature du Caissier :

RECEPTION
CLINIQUE LES PAPILLONS