

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

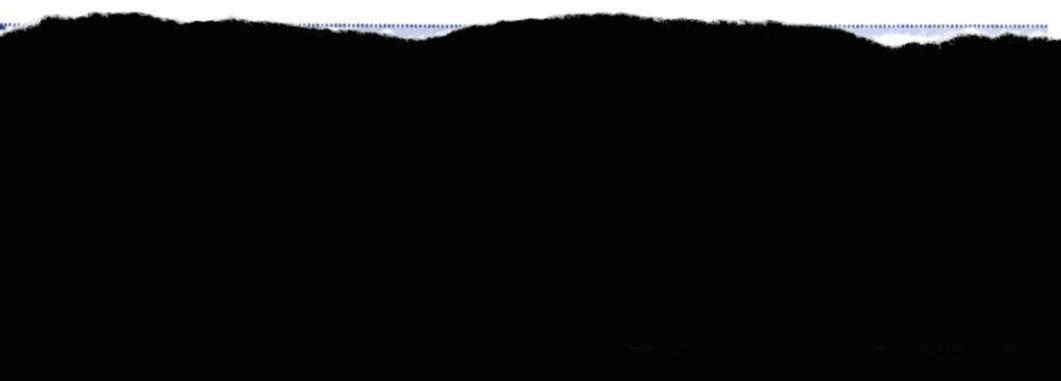
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13.244</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BOUABIDI AMINE</u>			
Date de naissance : <u>11/03/1993</u>			
Adresse : <u>Rue Augustin, Rochas Ndiaye, Casablanca</u>			
Tél. : <u>06-41-31-48-66</u>	Total des frais engagés :	<u>4406,26</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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.			

30 SEP. 2019

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) : ALLAL BEN ABDELLAH | Le : 30/09/2019



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
21/09/19	Chirurgie dentaire			INP : 1811111111 DR. FARAZ DAQ TARIK KENITRA - Tel : 05 37 34 12 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARAZ DAQ TARIK 171 Biel Oujih - KENITRA - Tel : 05 37 34 12 11	03/09/19	288,000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<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"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
				<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr. EL Baqqali Laila

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Laureate de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancienne medecin de l'hôpital universitaire Ibn Sina Rabat

Suivi de grossesses - Accouchement - Stérilité du couple - Maladies du Sein

Chirurgie Gynécologique - Echographie 3D/4D - Coelioscopie

Hysteroscopie - Colposcopie



الدكتورة البقالى ليلى

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

تتبع الحمل - الولادة - عقم الزوجين - أمراض الثدي - الجراحة النسائية

الفحص بالإيكوغرافيا 3D/4D - الفحص بالمجهر الداخلي

الفحص بالمجهر لعنق الرحم

Kénitra, le : ٠٣١٥٦٦٦

M - Ri284 BASMA

- Ceroxim 250 mg

1 cp x 2/j pd 5 j



- Femifer

1 cp / j



- Dermasept Gel lavant

pour toilette vaginale

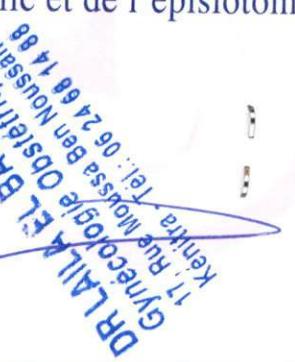


- Dermasept Spray

pour soins de l'ombilic et de l'épissiotomie

- Dolostop 1 g

1 cp x 3/j



رقة موسى ابن نصير إقامة موسى ابن نصير مكتب رقم 6 - القنيطرة

Rue Moussa Ben Noussair, Rés. Moussa Ben Noussair
B. N° 6 - Kénitra

05 37 37 78 80

06 24 68 14 88

Lailaelbekkali@gmail.com



6 111259 970038

FémiFer

N° DE LOT À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN :
BATCH N° BEST BEFORE END OF:
PPC: 79,00 dhs

LOT: G1205
EXP: 08/20
PPC: 78,50DH

FémiFer



6 111260 760031

DERMASEPT® SPRAY

Lot : 704
À consommer de
préférence avant le : 06/2022

PPC : 99,00 DH

PPV:
Lot n°:
EXP:

99DH40
194024/2
03/2021

مصحة الغرب

POLYCLINIQUE DU GHARB

148, Av. Mohamed Diouri
Tél. : 037.37.65.65 / 66 - Kénitra



Le ٢٤٠٩١١ ٢٠

Le Docteur

Prie M. Rizqy AJMA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués, et lui

présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

s'élevant à la somme de ٣٨٠ Dhs

Dr. Oumama AKHRIF
Résidence Selikak, Avenue Moulay
Abderrahman 1er Etage N°2 - Kénitra
Tel: 05 37 37 65 37
GSM: 06 01 26 72 11

مصحة الغرب

POLYCLINIQUE DU GHARB

148, Av. Mohamed Diouri
Tél. : 037.37.65.65 / 66 - Kénitra



Le 02/09/18 20

Le Docteur

Prie M. RIZQY BASSMA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués, et lui

présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Accr

s'élevant à la somme de 100000 Dhs

DR LAILA EL BAGGALI
Gynécologie Obstétrique
17, Rue Moussa Ben Noussair
Kénitra - Tél.: 06 24 68 14 88

مصحّة الغرب POLYCLINIQUE DU GHARB

الطب - الجراحة - الولادة

Médecine - Chirurgie - Unité Materno-Infantile



MÉDECINS :

- Dr ALJ. ■
- Dr AZIZI ■
- Dr JARIDI ■
- Dr SEBTI ■

Kénitra, le : _____ القنيطرة في

LE 02/09/2019

Compte rendu médical de l'accouchement

Mme RIZQY BASMA

Accouchement normal par voie basse d'un enfant vivant

De sexe MASCULIN P 3kg280 (délivrance naturelle,

Placenta complet Reprise d'episotomie au vicryl)

*DR LAILA EL BAQQALI
Gynécologie Obstétrique
17, Rue Moussa Ben Noussair
Kénitra - Tél.: 06 24 68 14 88*

Polyclinique du Gharb
148 Bd Mohamed Diouri

Kénitra

Tel 37 65 65 Fax 37 65 64

CNSS : 2120517 Patente:2010865

I C E : 001623975000070 IdF : 03700186

facture n°: 600/19

Nom RIZQY BASMA P/ESPECE

Acte Coté a: 0

DateEntrée	02/09/2019
DateSortie:	03/09/2019
Kénitra le :	05-sept-19

Frais clinique		pharmacie	
Sejour			
1 jour(s)	500.00 dh	1 Intranule 18	20.00 Dh
1 j. accompagnant	300.00 dh	1 Tubulure perf	15.00 Dh
0 j. s.intensifs	0.00 dh	1 Serum glucosé à 5% fl 50	25.60 Dh
0 j. réanimation	0.00 dh	2 Seringue uu 5 cc	6.00 Dh
Frais de salle:	0.00 Dh	10 Compresses	10.00 Dh
AREK:	0.00 dh	1 Clamp ombilical	25.00 Dh
Aide Anesthesiste:	0.00 Dh	2 Spasfon inject	11.66 Dh
Aide Opératoire:	0.00 Dh	1 Mèche	5.00 Dh
Actes infirmiers	0.00 Dh		
Salle d' accouchement	900.00 Dh		
Divers:	0.00 Dh		
Supplement:	0.00 Dh		
Examens			
Pas d'examen radio	0.00 dh		
Honoraires			
Dr AKHRIF Oumama	300.00 dh		
Dr BAQQALI LAILA	2 000.00 dh		
PHARMACIE	118.26 dh		
HONORAIRES	2 300.00 Dh		
LABORATOIRE:	0.00 Dh		
CLINIQUE	1 700.00 dh		
Total TTC	4 118.26 dh		

Arreter la presente facture à la somme de: Quatre mille cent dix-huit dirhams et vingt-six centimes.

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..01.../09.../2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 13 244 e-mail : ABouabidi@Royal... Phones : 06-44-31-48-66
 Nom et Prénom de l'adhérent : Amine Bouabidi airmaroc.com
 Nom et Prénom du bénéficiaire : Basma Rizqy

Dr. LAILA EL BAQQALI

Gynécologue Obstétricienne

Je soussigné : Rue Mossa Ben Nousair - kenitra
 Estime que l'état de santé de Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

accouchement par voie basse

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

accouchement par voie basse

Cachet, date et signature du praticien

Dr. LAILA EL BAQQALI
 Gynécologue Obstétricienne
 Rue Mossa Ben Nousair - kenitra
 Tél 06 24 68 14 88

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.