

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **30.148**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELCAHZAOUI ABDELLAH

Date de naissance :

13/12/1981

Adresse :

Tél. : **0662.761493**

Total des frais engagés :

653,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

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.

15 OCT. 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Allal Ben Abdellah

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
DROITE	GAUCHE				
12	21	22			
13	23	24			
14	25	26			
15	27	28			
16	29	30			
17	31	32			
18	33	34			
19	35	36			
20	37	38			
21	39	40			
22	41	42			
23	43	44			
24	45	46			
25	47	48			
26	49	50			
27	51	52			
28	53	54			
29	55	56			
30	57	58			
31	59	60			
32	61	62			
33	63	64			
34	65	66			
35	67	68			
36	69	70			
37	71	72			
38	73	74			
39	75	76			
40	77	78			
41	79	80			
42	81	82			
43	83	84			
44	85	86			
45	87	88			
46	89	90			
47	91	92			
48	93	94			
49	95	96			
50	97	98			
51	99	100			
52	101	102			
53	103	104			
54	105	106			
55	107	108			
56	109	110			
57	111	112			
58	113	114			
59	115	116			
60	117	118			
61	119	120			
62	121	122			
63	123	124			
64	125	126			
65	127	128			
66	129	130			
67	131	132			
68	133	134			
69	135	136			
70	137	138			
71	139	140			
72	141	142			
73	143	144			
74	145	146			
75	147	148			
76	149	150			
77	151	152			
78	153	154			
79	155	156			
80	157	158			
81	159	160			
82	161	162			
83	163	164			
84	165	166			
85	167	168			
86	169	170			
87	171	172			
88	173	174			
89	175	176			
90	177	178			
91	179	180			
92	181	182			
93	183	184			
94	185	186			
95	187	188			
96	189	190			
97	191	192			
98	193	194			
99	195	196			
100	197	198			
101	199	200			
102	201	202			
103	203	204			
104	205	206			
105	207	208			
106	209	210			
107	211	212			
108	213	214			
109	215	216			
110	217	218			
111	219	220			
112	221	222			
113	223	224			
114	225	226			
115	227	228			
116	229	230			
117	231	232			
118	233	234			
119	235	236			
120	237	238			
121	239	240			
122	241	242			
123	243	244			
124	245	246			
125	247	248			
126	249	250			

O.D.F. Prothèses dentaires

		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des Montant des soins Date du devis Fin de
DROITE	GAUCHE	H		
D		25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT

NOM : Mle

DECLARATION N°

W16-091786

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

653,2

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 30145

Nom & Prénom BELLAHZAOURI ABDELLOH

Fonction Chf. de Phones 0662761493

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 01/05/87 Date 05.10.19

Nature de la maladie

METRORRHAGIES

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

05		Σ	250
10			
14			

PHARMACIE Date 05.10.19

Montant de la facture

53,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 05.10.19

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

1	Σ	350

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV	

DR EL HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur

Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur

Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur

Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur

Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur

Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur

Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur
Dr El HADJ DIBI Chirurgien Dentiste
Généraliste - Radiologue - Médecin Extérieur

الدكتورة الخديم آمنة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب
سترابورغ (فرنسا)



53,20

- Chirurgie
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

*P = Yalcis E
ATICA
53,20
EXAYL 500
28 x 31*

*Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Sennak
N°22 Rue Ibnou Katir
Extention Casablanca 702317-8*

*Dr. EL KHADIME Amina
Gynécologue - Obstétricienne
Centre Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Katir
1er Etage N° 20 Maârif Extention
Casablanca 7022996774 - 0522987773*

(Signature)

إقامة المولود 2 زنقة ابن كثير - العماربة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E-mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

Casablanca, le: 05/10/19

Docteur EL KHADIME Amina

Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine

de STRASBOURG (France)

Cabinet de



الدكتورة الخديم آمنة

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب*

ستراسبورغ (فرنسا)

Gynécologie
Obstétrique

- Chirurgie
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

Casablanca, le: 05.10.19

M-YAKENE-ATICA

REGU DE LASOMMO

95 350 911 POUR

ECHOGRAPHIE

GYN



إقامة المولود 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Dr EL KHADIME Amina

NOM: YAKINE

DATE:

05 - 10 19

PRENOM: ATIKA

DDR:

Indication:

METRORRAGIES

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

Utérus:

situation: ANTEVERSE

taille: 68,2/42,9 mm

myomètre: HOMOGENE

endomètre: FIN

Ovaires:

droit: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES

gauche: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES

Douglas: LIBRE

CONCLUSION:

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE.

EL KHADIME Amina
Gynécologue - Obstétricienne
Centre Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Katir
1er Etage N° 20 Maârif Extention
05 22 99 57 74 - Casablanca
Tunisie 00 216 22 74 77 73