

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.

Nº W19-483368

N°D: 11540

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : A2613		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EDRISSI Bougaidi evian			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06611180571		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Khadija PIRO od. MAMASSINI Gynécologie - Obstétrique 3, Rue Al Yanboué - Appt. N°7 face Bab Soufara Tel. 05 37 70 09 79 - Rabat			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
DR S. elcine Age: <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
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.			
 ACCUEIL			

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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
21/11/18	ASD	1	150000.00	INP : 1411131185
21/11/18	K100	1	30000.00	Dr Khadija PIRI Gynécologie - Obstétrique 3, Rue Al Yambouli face à la poste

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	D Professeur Clinique 764-05-74 Date	Montant de la Facture

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

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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553
	H	25533412 21433552									
	D	00000000 00000000									
	B	00000000 00000000									
	G	35533411 11433553									
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
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											



مصحة الأمم المتحدة Clinique des Nations Unies

F A C T U R E

N° : 7870 / 2019 du 21/11/2019

Nom patient DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM Entrée 18/11/2019
PAYANT Sortie 21/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR CH INDIVIDUELLE	3.00	H	400.00	1 200.00
BLOC OPERATOIRE	100.00	(K100+A50)	25.00	2 500.00
MONITORING	1.00		150.00	150.00
			<i>Sous-Total</i>	3 850.00
PHARMACIE	1.00		1 382.56	1 382.56
			<i>Sous-Total</i>	1 382.56
Total Clinique				5 232.56
DR. SQUALI JAMAL (anest.reanimat)	50.00	AREK50	30.00	1 500.00
DR. PIRO KHADIJA (gyneco-obstetricien)	100.00	K100	30.00	3 000.00
			<i>Sous-Total</i>	4 500.00
Total Autres prestations				4 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
NEUF MILLE SEPT CENT TRENTÉ-DEUX DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES		
	Total	9 732.56

PAYE PAR CHEQUE
N° : 6373389
Banque : 61 ci
Le : 21/11/19

CLINIQUE NATIONS UNIES
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 05 05
Fax: 05 37 67 35 35 - 05 37 67 14 09

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM	N° Facture	7 870	H1907820
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN INJ PH (05)	3	6.54	19.62
AIG. RACHIS G25 /90 MM REF.021251	1	80.00	80.00
ANDOL 1 G INJ (01) PH	3	18.80	56.40
ATROPOINE [B/100] 1mg inj (01)	1	1.79	1.79
BETADINE SOL.BLEU 125ml PH (01)	2	15.60	31.20
BRACELET N. NEE (01)	1	5.00	5.00
CHLORURE POTASSIUM [b/100] inj (01)	2	2.80	5.60
CHLORURE SODIUM 10%[b/100] inj (01)	2	2.80	5.60
CLAMP OMBILICAL (001)	1	5.00	5.00
ELECTRODE (001)	3	5.00	15.00
EPHEDRINE 3% inj (10)	1	9.28	9.28
GANT JETABLE (50)	6	1.70	10.20
GANT STERILE 7.5	6	9.50	57.00
INTRANULE 18 VERTE (001)	2	10.00	20.00
LAME BIS -23 (001)	2	3.00	6.00
LUNETTE A O2 (001)	1	15.00	15.00
MAXICLAV 1G/ 200 MG INJ PH (01)	3	24.90	74.70
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
MONOCRYL 4/0 CT 19 MM Y422H (001)	1	120.00	120.00
OXYGENE (001)	1	100.00	100.00
PANSEMENT (001)	1	150.00	150.00
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHÉ SERUM GLUCOSE 10%500ML SOTHEM(01)	1	12.50	12.50
POCHÉ SERUM GLUCOSE 5% 500ML (001)	3	15.90	47.70
POCHÉ SERUM SALE 0.9% 500 ml (001)	2	12.80	25.60
PROFENID LYOPHIL 100 MG INJ.I.V (01)	2	4.90	9.80
ROBINET 3 VOIES (001)	1	10.00	10.00
SAC A URINE (001)	1	6.50	6.50
SERINGUE JET 1 CC 25G (01)	1	4.00	4.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	9	4.00	36.00
SERINGUE JET 2.5 CC 22GA (01)	2	3.50	7.00
SERINGUE JET 20 CC 21G (01)	1	5.50	5.50
SERINGUE JET 5 CC 21GA (01)	4	3.50	14.00
SERUM SALE 0.9% 500 ml inj (01)	1	10.49	10.49
SONDE ASP CH:10 (001)	1	10.00	10.00
SONDE FOLEY 14 (001)	1	20.00	20.00
SYNTOCINON 5 UI INJ PPM (03)	5	5.73	28.65
TEGADERM 6CMX7CM (001)	3	10.00	30.00
THERMOMETRE DIGITAL (001)	1	31.00	31.00
VICRYL 1 CR 40MM V359H (001)	3	86.00	258.00
VIT K 10 MM INJ P.H (BTE DE 5)	1	5.56	5.56
Total pharmacie	1 382.56		


CLINIQUE NATIONALES UNIES
 Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
 Abdal . Rabat
 Tel.: 05 37 67 05 05
 Fax : 05 37 67 35 35 - 05 37 67 14 09

Docteur Jamal SQUALI

Professeur en Anesthésie-Réanimation
Ex. Professeur à la faculté de médecine de Rabat
Ex. Médecin attaché au CHU de Nancy - France

الدكتور جمال سقلي

أستاذ في الإنعاش والتخدير
أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط
طبيب سابق بالمركز الاستشفائي الجامعي بنانسي، فرنسا

Rabat le : 9/11/1989 الرباط، في :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : Jamal SQUALI

Présente à M. DRSS EL BOUZIDI OUMAR

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 1500,- DHS

Pour l'acte :

et prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. Jamal SQUALI
Professeur en Anesthésie Réanimation
Clinique des Nations Unies - Rabat
Tél : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 14 03

Dr. Jamal SQUALI
Professeur en Anesthésie Réanimation
Clinique Nations Unies - Rabat
Tél : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 14 03

المتحدة
Clinique des Nations Unies



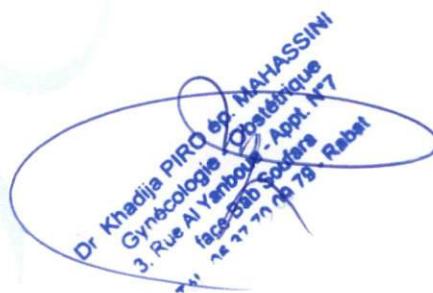
شارع الأمم المتحدة، زنقة ابن حنبل، أكادير - الرباط - الهاتف: 05 37 67 05 05 - الفاكس: 05 37 67 14 09
Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal, Rabat - Tél. : 05 37 67 05 05 / Fax : 05 37 67 14 09

Rabat le : 18/11/19

Note d'Historique

3000, - DH

Trois mille dirhams



18/11/2019

Rabat le :

Compte Rendu Opératoire

Patiante : Mme. DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM
Chirurgien : Dr. K. PIRO
Anesthésiste : Dr. J. SQUALI
Diagnostic : Césarienne

CRO :

- Sous rachis anesthésie.
- Incision de Pfannenstiel.
- Hystérotomie segmentaire, transverse.
- Extraction d'un nouveau né vivant,
- Délivrance artificielle, révision utérine.
- Fermeture de l'hystérotomie au vicryl N°2.
- Hémostase parfaite, Périctonisation,
- Fermeture plan par plan.

Dr. K. PIRO

Dr. Khadija PIRO sp. Médecin
Gynécologie - Obstétrique
3, Rue Al Hanbous - Appt. N°7
Tél. : 05 37 67 05 05 - Rabat
Fax : 05 37 67 35 35 / 05 37 67 14 09