

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 143752 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10561 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : El-hor Abdoullah
Date de naissance : 12.01.1961
Adresse :
Tél. : 66.61.31.89.86 Total des frais engagés : 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 :
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

[illegible][illegible]

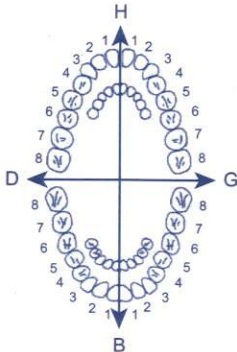
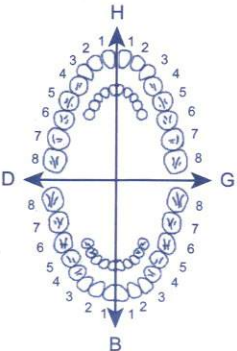
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
			DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jamal FIKRI
Professeur Agrégé
Gynécologie - Obstétrique
Stérilité - Coelochirurgie
Colposcopie - Hystérocopie
Echographie 4 D
Fécondation in Vitro

استاذ جمال فكري
أستاذ مبرز
التوليد أمراض النساء
المقم
الراحة التنظيرية
المساعدة الطبية على الإنجاب

Rabat, le 1/11/2022 الرباط في

Mme ID RiSSI Namiam

CONSULTATION + HYSTEROSCOPIE.. 500 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE

Docteur FIKRI Jamal
Gynécologie - Obstétrique
6, Rue Abou Inane - Rabat
Tél : 05 37 72 88 48
INP : 101065927

Docteur Jamal FIKRI

Professeur Agrégé

Gynécologie - Obstétrique

Stérilité - Coeliochirurgie

Colposcopie - Hystéroscopie

Echographie 4D - Fécondation in Vitro

الدكتور جمال فكري

أستاذ مبرز

التوليد وأمراض النساء

العقم

الجراحة التنظيرية

المساعدة الطبية على الإنجاب

Rabat, le في الرباط،

01/12/2022

Mme ELIDRISSI MARIEM Ep EL HOR

HYSTEROSCOPIE DIAGNOSTIC:

- CANAL CERVICAL NORMAL
- FRANCHISSEMENT AISE DE L'ORIFICE ENDOCERVICAL
- CAVITE UTERINE DE DIMENSIONS NORMALES
TAPISSEE PAR UN ENDOMETRE FIN ROSE CHAMOISE AVEC
PROTRUSION DES ORIFICES GLANDULAIRES ET UNE
VASCULARISATION SOUS ENDOMETRIALE REGULIERE
- ORIFICES TUBAIRES LIBRES

CONCLUSION: HYSTEROSCOPIE NORMALE

Docteur FIKRI Jamal
Professeur Agrégé
Gynécologue Obstétrique
6, Rue Abou Inane
Tél: 05 37 72 84 40 - Rabat

Docteur Jamal FIKRI

Professeur Agrégé

Gynécologie - Obstétrique

Stérilité - Coeliochirurgie

Colposcopie - Hystérocopie

Echographie 4D - Fécondation in Vitro

الدكتور جمال فكري

أستاذ مبرز

التوليد أمراض النساء

العقم

الجراحة التنظيرية

المساعدة الطبية على الإنجاب

Rabat, le الرباط, في

01/12/2022

Mme ELIDRISSI MARIEM Ep EL HOR

ECOGRAPHIE PELVIENNE:

**UTERUS ANTEVERSE - RETROFLECHIE AUGMENTE DE TAILLE PAROI
POSTERIEURE HETEROGENE HETEROGENE
PLUSIEURS <<LESIONS>> HYPOECHOGENE CERCLEES RES
EVOCATRICE D'ADENOMYOSE
ENDOMETRE REGULIER NON DEVIE
OVAIRES NORMAL GAUCHE
ENDOMETRIOME DROIT DE 3 CM**

C/C: ADENOMYOSE + ENDOMETRIOME DROIT

Docteur FIKRI Jamal
Professeur Agrégé
Gynécologue Obstétrique
6, Rue Abou Inane
Tél: 05 37 72 88 48 - 05 37 72 84 40 - Rabat



