

**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° W19-569337

177437

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12684 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : ZRINEH Houda
 Date de naissance : 20/05/1987
 Adresse : JNF8, App3, Lot Attadnanon, 20740
 El oulfa Casa Blanca
 Tél. : 0662614880 Total des frais engagés : 600 dh. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/06/23
 Nom et prénom du malade : ZRINEH Houda Age: 34
 Lien de parenté : Lui-même Enfant
 Nature de la maladie : Suivi
 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 : Boukoura Le : 28/06/23
 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 Prélèvement des Actes
28/06/23	Cs Gyné Co. p.e.c.hé		600,00 DM	091246172

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

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 canaux, 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



ORDONNANCE

Bouskoura, le : 28.06.2023

Zineb Houda

1 - Biomarkers typique

2 - grossesse cee typique

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur EL CHAIMI AZUL
Gynécologie - Obstétrique
0911 76172

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2306231712330190 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2800251027	ZRINEH HOUDA	28/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	9772344/SOCIETE GENERALE ZRINEH HOUDA	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : D.HAFSA

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Gynéco-Obstétrique
2306231712330190



Echographie Obstétricale du 3-ème Trimestre

Examen réalisé par :

NOM & PRENOM :

Zineb Aoud

Date :

2018-06-20

DDR :

Age gestationnel : 35 SA 4 J

Opérateur :

Indication : Echographie du 3ème trimestre

Présentation, Vitalité :

- Fœtus en présentation transverse
- Mouvements fœtaux normaux, mouvements thoraciques vus, bon tonus.
- Activité cardiaque régulière.
- FC : bonne Btt/mn

Annexes :

- La quantité de liquide est normale.
- Le placenta est fundique

Biométrie :

- BIP : 92 cm
- PC : 326 cm
- LF : 69 cm
- EPF : 328 g

Conclusion : Grossesse monofoetale évolutive de

36 SA 4 J. *monofœtale*



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

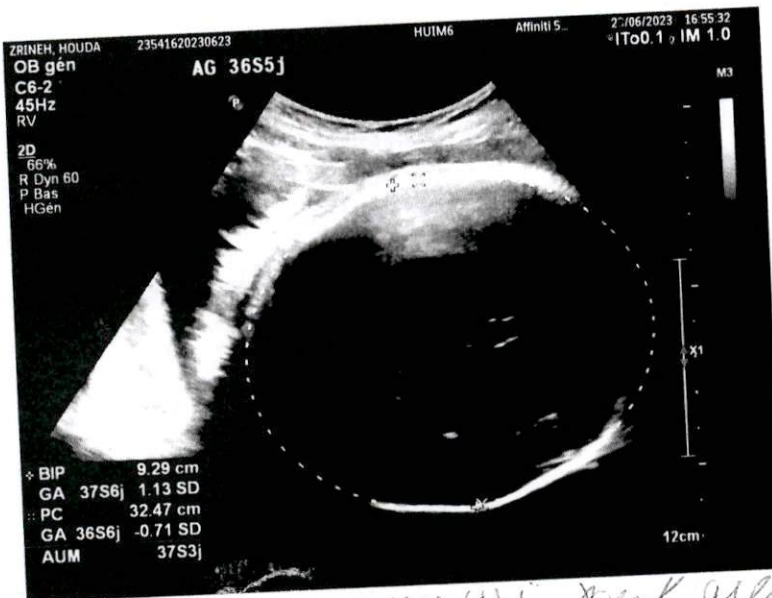
u 3-ème Trimestre

NOM & PRENOM :

Zrineh Houda



ts thoraciques vus, bon tonus.



Zrineh Houda
 e36SA6J
 Dr. Mohamed El Ghannouchi
 Gynecologie - Obstetrique
 0911740000



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

du 3-ème Trimestre

NOM & PRENOM :

Zineb Aoud



re

ments thoraciques vus, bon tonus.



itive de SA + J.

Zineb Aoud
 Dr. Zineb Aoud
 Gynécologie - Obstétrique
 29117000
 29117000