

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-497396

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24187**

Matricule : **10247** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **GIRI HIND**

Date de naissance : **01-10-74**

Adresse : **48, Bte KAMILIA AT V SEBBA**

Tél. : **0661297811** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **11/12/19**

Nom et prénom du malade : **GIRI HIND**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection**

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 : **30/12/19**

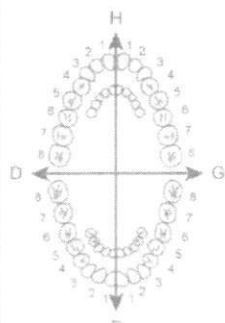
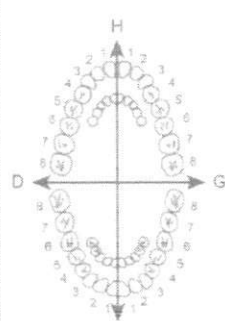
Signature de l'adhérent(e) : 

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
11/12/19	G. Fournier		200,00	INP : 0911 29734 [Signature]
			400,00	
			600,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Cachet]	11/12/19	254,80

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
G.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	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

الدكتورة السباعي سميرة

خريجة كلية الطب بنانسي

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

عقم الزوجين

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

الهاتف: 05 22 50 66 66

Tél. : 05 22 50 66 66

Casablanca, le.

1-62121. Hind.



185,00.

(f) To ensure in-

1 up 24/5 and 2 join

5320.

(2) Example for



1660

47. 3415

⑤

Bekas - salah rumah
Lan Gita ini

SP

S.V.

254,80

Dr. SIBAI Soumaya
Spécialiste En Gynécologie
Obstétrique

205, Angle 2 Mars - Bd. Panoramic
1er Et. Casablanca Tel. 05 22 50 66 66

205, زاوية 2 مارس - شارع المنظر العام - الطابق الأول الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 66 66 - Tél. : 05 22 50 66 66 - 1^{er} étage - Bd. Panoramique - Angle 2 Mars - CASABLANCA



LOT 143
MAN 09 18
EXP 08 2020



3 0



JOSACINE 1500MG
Comprimés dispersibles
Boîte de 10
Distribué par SO'HEMA B.P. N° 1
27182 Bouskoura, Maroc
P.V. 185,00 DH
6 118001 090150

531207

Dr. SIBAI Soummaya

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Nancy

Spécialiste

en Gynécologie - Obstétrique

Stérilité du Couple

Maladie des seins - Echographie

Tél : 05 22 50 66 66

الدكتورة السباعي سميرة

خريجة كلية الطب بنانسي

**اختصاصية في أمراض النساء
والولادة**

عقم الزوجين

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

الهاتف: 05 22 50 66 66

Casablanca, le.....

11/12/19

N° G2127 Hind

Consultation Gynécologie 20/01/19
Echographie pelvienne 20/01/19
Bouton DIL = 600,000H
Total 1200,000H

Dr. SIBAI Soummaya
Spécialiste En Gynécologie
Obstétrique

205, Angle 2 Mars - Bd. Panoramique
Tél Elg Casablanca Tél : 05 22 50 66 66

205, زاوية 2 مارس - شارع المنظر العام - الطابق الأول الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 66 66 - CASABLANCA - 1^{er} étage - Bd. Panoramique - Angle 2 Mars

CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
DR SOUMMAYA SIBAI
ECHOGRAPHIE PELVIENNE

NOM : GZIAZ

DATE : 11/12/19

PRENOM : Hind

UTERUS : en position Antérieure de taille 72/38cm,
de contours réguliers et d'échotexture homogène
avec une ligne amniotique fine,
et DTV en place

ANNEXE DROITE :

pas de masse latérale utérine,
ni d'épanchement
dans le Douglas

ANNEXE GAUCHE :

CONCLUSION :

Dr. STRAT Soummaya
Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique
205, Angle 2 Mars - Bd. Panoramique
1er Etg Casablanca Tel : 05 22 50 66 66

Echographie pelvienne
mon Anatomie postérieure
mon DTV en place

MEDISON

11-12-2019 0004

NAME: (P) 100 P100

MEDISON

11-12-2019 0004

(G2R, HND)

(P) 100 P100

DR SRM SOLUMAYA

Uthrus

FR 2612

V4.8

13.0cm

Phn

MA 1.0

ITM 0.2

11-12

© 2019 Medison

D1 5.24 CM

11-12-2019 0004

11-12-2019 0004

11-12-2019 0004

Med. 10781.4073

MEDISON

11-12-2019 0004

13.0cm

11m0.2

PRO 055 110dB MI10 P100 -WAVE 0.1

DR SBAJ SOUNDAVA

13.0cm

11m0.2

11-12

© 2019 Medison

MEDISON

N° : 11-12-2019-0004

Nome : GZFR, HMD

© Siemens

MEDISON

11-12-2019-0004
GZFR, HMD

DR SEBAI SOUMAYA
Uterus

FR 24Hz
V4.8

13.0cm
Pin.

M 1.0
ITm 0.2

11-12-
18

[20] G55-110dB-M10-P100-HART (2)

