

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 |

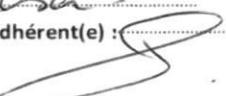
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-530231

ND. 33360

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12096	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Sandra Nasser			
Date de naissance : 19/09/1978			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 265.50 + 50.00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. BELGHITI Laila Professeur de Gynécologie-Obstétrique 72, Rue Om Errabe (Angle Jabal Ayachi) Tél. : 05 37 67 28 29 INP : 101102507</p>			
Date de consultation : 25/01/2020			
Nom et prénom du malade : HABIBA NASSERIAH Age :			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
Nature de la maladie : DON PERIN			
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 16/03/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
25.10.2010				<i>Dr. BELGHITI</i> Professeur de Gynécologie Obstétrique 12, Rue Dr Ernest Ange Labelle 75025 Paris INP : 101102507

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la Mutualité</i>	25.10.2010	861150

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>AMRI</i>	25.10.2010	35500	55000

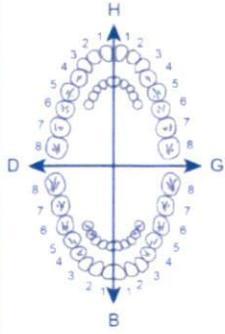
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

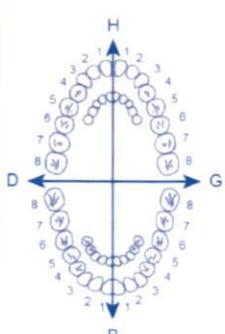
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DEBUT D'EXECUTION													
FIN D'EXECUTION													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>2553412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>3553411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	2553412	21433552	D	00000000	00000000	B	3553411	11433553	G		
H	2553412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	3553411	11433553											
G													
COEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



25/01/2020

SAÏDA

NATOUI ALLAH

14.00

1) Doliprane 1g

14 3x1 x 3 i

PPV: 14 DH 00
PER: 04/22
LOT: I903

11.80

2) derus

10.000 c. Crypt. -

lhx 8 i

LOT: 075-2
PER: JUN 2021
PPV: 61 DH 80

3) Physione Eucalypt

lavage fiques dunes

19.70

4) Zithromax 1g 3x1

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot: 1279481
Date Fab: 08/2019 Date Exp: 07/2021
PPV: 79.70 DH

زنقة القاضي عبد الله القباج - حي السويسسي - الرباط - المغرب

8, Rue Cadi Abdellah Kabbaj, Quartier du Soussi, Rabat - Maroc

ICE : 001660107000035

Tél : +212 (0) 5.37.65.30.40 (LG) : الهاتف

Fax : +212 (0) 5.37.63.66.18 : الفاكس

E-mail : cliniquesoussi@gmail.com : البريد الإلكتروني

Site web : www.clinique-soussi.com : الموقع الإلكتروني

Dr. BELGHITI L-
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
72, Rue Om Errabe (Angle Jebel Ayachii)
Tél: 05 37 67 28 29
INP: 101102507



le 25/01/2020

SAÏDA NAJOU ALAHT

Fausse SWP

sur liquide amniotique

FICHA

AN NIOUZER

L.A.M.Riad
Tél : 05 37 71 05 03
05 37 57 23 23-05 37 71 50 60
Pat : 20995350 IF : 134908

Dr. BELGHITI Laila
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
72, Rue Dr Errabé (Angle Jabal Ayachi)
Tél : 05 37 67 28 29
INP : 101102507

CARYOTYPE FOETAL SUR LIQUIDE AMNIOTIQUE

REALISATION TECHNIQUE

In situ

Nombre de supports de culture utilisés :	3
Nombre de clones :	9

Flacon

Nombre de supports de culture utilisés :	3
Nombre de mitoses :	13
Technique de marquage	RHG
Résolution	400 bplh
Nombre de mitoses caryotypées :	9

FORMULE CHROMOSOMIQUE (Selon ISCN 2009)

Formule chromosomique :	46,XY
CONCLUSION :	Caryotype Normal à la limite de la résolution de la technique utilisée (300 à 400 bandes)

Remarque:

Ce résultat n'exclut pas les syndromes microdélétionnels ou les microremanierments.

--



L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

FACTURE N° : 200103005

Rabat le 25-01-2020

Mme Saida NAJOUALLAH

Date de l'examen : 25-01-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	CARYO PRENATAL Aneuvysion FISH(13,18,21,X,Y)	-	HN HN

Total des B : 5500

TOTAL DOSSIER : 5500.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq mille cinq cents dirhams .

L.A.M.Riad
Tél : 05 37 71 05 05
05 37 57 23 23 05 37 71 50 60
Pat : 25995358 - F : 3349086



Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357 - IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877