



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.

N° W19-511229
N'DI 34954

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	08658	Société :	R A M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NADIA EL MEKKI			
Date de naissance : 07/12/1970			
Adresse : eaafia@royalairmaroc.com			
Tél. :	Total des frais engagés : 286,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Nadia EL AMINE Médecine Générale Echographiste Quartier Mly Rach. 1 Bloc A N°12 Laâyoune Tél: 05 22 45 47 15 / 05 22 89 41 33			
Date de consultation : 12 Mai 2020			
Nom et prénom du malade : Hjabouha Boutros Age: 1987			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Fehog. des post partum			
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 Le : 02/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 Paiement des Actes
02/05/10	C	6	021047279	CC

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AMAL LALAOUI RACHID My Taha Tél: 028.99.47.81 1 ^{re} Avenue 0220097026	18/05/10	36.30

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

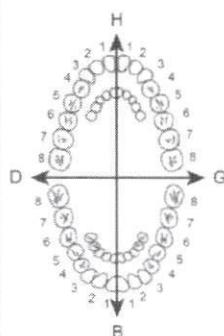
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12 Mai 2010	PROTÉSES DENTAIRES	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

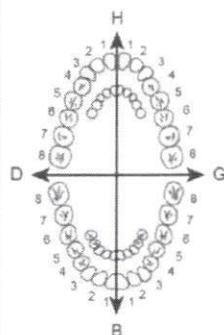
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Nadia EL AMINE
MEDECINE GENERALE
Diplôme Universitaire en Echographie
(Faculté de médecine de Montpellier)

الدكتورة نادية الأمين
الطب العام
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
(كلية الطب بمونبولي)
الحجامة للرجال و النساء

Laayoune Le : 12 MAI 2020 العيون في:

Hjabouha ROUTAA

36,30 Fœtus Ovule
1 ovule le 20 x 10

Dr. Nadia EL AMINE
Médecine Générale
Echographiste
Quartier My Rchid Bloc A N°12 Laâyoune
Tél: 06 62 15 87 15 / 05 28 89 41 33



PHARMACIE AL AMAL
ALAOUI RACHID My Tahar
Tél: 022 99.47.81
022 097026

حي مولاي رشيد بلوك A رقم 12 قرب اسواق مرحبا و امام مدرسة شقائق النعمان
Quartier My Rchid Bloc A 12 près du supermarché Marhaba
et en face de l'école Chaqaiq Nouamane

TEL/ 0528894133-0662158715 LAAYOUNE

Docteur Nadia EL AMINE
MEDECINE GENERALE

Diplôme Universitaire en Echographie
(Faculté de médecine de Montpellier)

الدكتورة نادية الأمين
الطب العام
بيلوم جامعي في الفحص بالصدى
(كلية الطب بمونبولي)
الجامعة للرجال والنساء

Laayoune Le : 12 MAI 2020 العيون في :

Nom : Hjeboutka NOTAA

Motif : Echographie pelvienne
du pod postum

Uterus

Echostructure : homogène et bords réguliers

Endomètre : hyperechogène d'épaisseur normale
-non visible

Volume : normal

Ovaires :

OD : RAS
OG : RAS

Cul de sac de douglas : RAS

Conclusion : Echographie pelvienne normale

Dr. Nadia EL AMINE
Médecine Générale
Echographiste
ancien Mly Rachid Bloc A N°12 Laayoune
tel: 06 62 15 87 57 05 28 63 41 33

حي مولاي رشيد بلوك A رقم 12 قرب اسواق مرحبا و امام مدرسة شفائق النعمان
Quartier My Rchid Bloc A 12 près du supermarché Marhaba
et en face de l'école Chaqaiq Nouamane

TEL/ 0528894133-0662158715 LAAYOUNE

Docteur Nadia EL AMINE
MEDECINE GENERALE
Diplôme universitaire en
(Faculté de médecine de Montpellier)

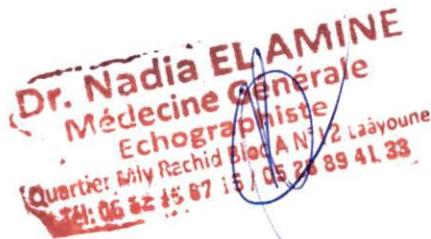
الدكتورة نادية الأمين
الطب العام
بيلوم جامعي في الفحص بالصدى
(كلية الطب بمونبولي)
الحجامة للرجال والنساء

Laayoune Le : 12 Mai 2020 العيون في :

Nom : Hj abouha Boutah

FACTURE

Echographie pelvienne : 200 DH



حي مولاي رشيد بلوك A رقم 12 قرب اسواق مرحبا و امام مدرسة شقائق النعمان
Quartier My Rchid Bloc A 12 près du supermarché Marhba
et en face de l'école Chaqaiq Nouamane

TEL/ 0528894133-0662158715 LAAYOUNE

Hosp.

OB

MI: 0.30 TIS: 0.10

C3-A/4.5M

12-05-2020

10:39:12

(C)

- 0

- 5

- 10

- 15

[B]

FPS: 34

GN: 140

PWR: 15

FRO: 4.5M

DN: 72

D: 20.0 cm

