

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ions générales :

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.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copié 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.D.
34893

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAJAOUNI RACHID

Date de naissance :

16/04/1978

Adresse :

Res. Andalousse 3. N° 40 3^e étage

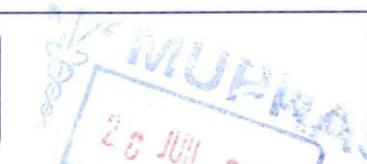
la gironde

Tél. 06 58 91 31 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 : Agadir

Le : 29/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des	
					<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Montant des soins	
					<input type="text"/>	
					Début d'exécution	
					<input type="text"/>	
					Fin d'exécution	
					<input type="text"/>	
					Coefficient des travaux	
					<input type="text"/>	
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire					
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G		
D	35533411	11433553				
					Montant des soins	
					<input type="text"/>	
					Date du devis	
					<input type="text"/>	
					Fin de	
					<input type="text"/>	
Visa et cachet du praticien	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution					
Attestation de devis						
VOLET ADHERENT	NOM :		Mle			
DECLARATION N°	W16-089119					
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes				
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois						
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle						



W16-089119

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom

Fonction : Phones.....

Mail :

MEDECIN Prénom du patient SABER HAMANE

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie Date 22/07/2020

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

<i>echo osseux</i>		<i>150,00</i>
		<i>ph</i>

PHARMACIE Date 22/07/2020

Montant de la facture

140,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

*D. IRAQUI RACHAD
GYNECOLOGIE MEDICALE
ECHOGRAPHIE GENERALE
100 AV. FEDRA KENYA 1407*

*D. IRAQUI RACHAD
GYNECOLOGIE MEDICALE
ECHOGRAPHIE GENERALE
100 AV. FEDRA KENYA 1407*

*H. M. CASA
MEDECINE GENERALE
100 AV. FEDRA KENYA 1407*

*H. AL KOURA
Dr. KOUNKOUR Nada
Andalous IV Angle Rue Margaux
et Garbone - CASABLANCA
Tel: 022 83 59 50*

CACHET



مصرف المغاربة

22/07/20 17:50.19

9900869372

98693701

PHCIE AL KORAMAA
Casablanca

A00000000032610

APP : VISA ELECTRON

EL BJAOUNI / RACHID.MR

xxxxxxxxxxxxx0046

05/21 CARTE NATIONALE

4B00DD89D4F2F083

626-0-9999-1-44

MONTANT: 140,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 008206

STAN : 000771

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

الدكتورة عراقي رشاد

- دبلوم في أمراض النساء من جامعة ستراسبورغ
- دبلوم الكشف بالأمواج ما فوق الصوتية من جامعة مونبولي
- دبلوم طب الشغل من جامعة رين
- عقم الزوجين
- الطب العام

Casablanca, le 22/07/2020

SABINE Hanane

71,00

yoflink -

7,5

17,5

69,50

Maternov

7,5

Egel le Dr HAJI
GYNECOLOGIE MEDICALE
ECOGRAPHIE GENERALE
ECOCINE GENERALE
BLOC KOUDIA 1
TEL 022 60 14 07

140,50

71,00

05 22 60 14 07 :
100, Av. E - Bloc Koudia I - I

PPC : 69.50 DH

Lot : 18DT3

A consommer avant le : 10/2021

maternov
Gélules

6 118000 041504



28 comprimés



DOCTEUR IRAQUI RACHAD

Echographie Générale
100, Av.E Bloc Koudia I
Hay Mohammadi
Casablanca
Tél : 0522-60-14-07
ICE : 00206804000097

Casablanca le : 22-07-20

NOTE D'HONORRAIRE

Pour Mme : SABER HANANE

Reçu la somme de :

130,00 dh (cent trente dirhams) pour une consultation

200 ,00 dh (trois cent dirhams) pour une
Echographie endocavitaire

D. IRAQUI RACHAD
GYNECOLOGIE MEDICALE
ECHOGRAPHIE GENERALE
MEDECINE GENERALE
100 AV. E. BLOC KOUADIA 1
H. M. CASA - TEL. 022 60 14 07

DOCTEUR IRAQUI RACHAD

Echographie Générale

100, Av.E Bloc Koudia I

Hay Mohammadi

Casablanca

Tél : 0522-60-14-07

► Casablanca le : 22-07-20

Echographie endocavitaire

Nom, Prénom : SABER HANANE

Motif de l'échographie :

aménorrhée

Compte Rendu

Vessie : vide

Utérus :

Antéversé, globuleux, de contours réguliers, de structure homogène,
sac non vu.

Annexes :

Kyste de l'ovaire droit de 30 mm de diamètre.

Cul de sac de Douglas :

Absence d'épanchement.

Iraqui Rachad
GYNECOLOGIE MEDICALE
ECHOGRAPHIE GENERALE
MEDICINE GENERALE
100 AV ELOC KOUADIO 1

