

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.

Déclaration de Maladie

ND. 35 216

N° W19-467232

PNIS

Tenir

Jointe de ce faire



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4508

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HILAL TAOUFIK

Date de naissance :

12.09.63

Adresse :

N°4 Rue Sannay AL Manar Casablanca

Tél. : 0664 173 752

Total des frais engagés : 19 101,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/04/2020

Nom et prénom du malade :

Boulaajj ATAL

Age: 46

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection gynéco-colo physique

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 : 02/05/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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
16/11/2020 Cr			300,00	INP : 09/10/2020 Dr. Danielle DUVIGNEAU DR. STASSI Dr. MEDAKA - ACCOUCHEUR 50 / 0527 27 89 0

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/07/2002	3 500 pcf. 17	1517

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, 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																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D			B	00000000	11433553	35533411			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
D																			
B	00000000	11433553																	
35533411																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				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'EXÉCUTION

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme HILAL AMAL
Dossier N° : 2053483
Docteur D DUVIGEANT MESTASSI

Dossier ouvert le : 14/04/20 - Edité le : 16/04/20

Page N° 1/1

BACTERIOLOGIE

PRELEVEMENT VAGINAL

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Cellules épithéliales	:	Assez nombreuses
Leucocytes	:	Rares
Hématies	:	Absence
Levures	:	Absence
Trichomonas	:	Absence
pH	:	6 6-7

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct	:	flore vaginale normale
Examen après culture	:	cultures stériles après 24 h

RECHERCHE DES CHLAMYDIAE

Origine du prélèvement	:	endocol
Résultat	:	Négatif

RECHERCHE DE MYCOPLASMES URO-GENITAUX

Mycoplasma hominis	:	Absence
Ureaplasma urealyticum	:	Absence

Dr Jalil ELMANJRA

مختبر البكتيريا الطبية
LABIOMED
Laboratoires d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Raïane
Casablanca - Tél: 05.22.48.13.51/86
Dr Abdelaziz LEMSEFFER

CHAB 6 14/4/2020

Ms H Col

Examen vaginal

ABG

recherche chlamydie
mycoplasma

Dr. Danielle DUVIGEANT
 MESASSI
 GYNECOLOGUE ACCOUCHEUR
 1, Place du Nid d'Iris - Casablanca - Casablanca
 Tel. : 0522 27 53 30 / 0522 27 69 05

CHIRIS le 16/6/2020

→ Hotel

50.4V
Safraelle crème
100 ml



Pharmacie VICTORIA
Angle Avenue de Nice et N° 21
Rue Ahmed Ben Bouchta 20100
Casablanca - Tél: 0522 39 14 68

COOPER PHARMA
PPC: 59,70 DH

Dr. Danielle DUVIGEAN
MÉDECIN
GYNÉCOLOGUE ACCORDEUR
4^e Place Mordche Casab
Tél: 0522 27 75 50

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067

Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca

122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste

Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon

Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon

D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 14 avril 2020

Mme HILAL AMAL 022 95 15 78 060 737 610

FACTURE N° 4727

Analyses :

Prélèvement Vaginal -----	B	140	
Recherche de Chlamydiae -----	B	180	
Recherche des mycoplasmes -----	B	180	Total : B 500

TOTAL DOSSIER

715,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept Cent Quinze Dirhams