

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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° P19- 049309

ND: 39984

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 849

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHELLIA ABD ALLAH

Date de naissance : 01-10-1950

Adresse : BBS NADIR App.13 - EL OUDIA MR EL OULFA

CASABLANCA

Tél. : 0661338891 Total des frais engagés : 637,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 SEPT 2020

Nom et prénom du malade : RBAI FATMA Age: 63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gynéologie opératoire

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 : 11 SEPT 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11 SEPT 2020 | | | # 4000 Dhs | <i>Dr. K. Balyguia - Dentiste - Rabat - Tel: 05 22 89 71 12</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| صيغة دعوة العيادة PHARMACEUTIQUE WIAM Dr. K. Balyguia - Dentiste - Rabat - Tel: 05 22 89 71 12 - Fax: 05 22 11 56 66 | 11/09/2020 | 237 Dhs |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DÉBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| G | | |
| B | | |

[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

Docteur Amal KABLY Ep. DRISSI
Gynécologue Obstétricienne

الدكتورة أمال القبلي الإدريسي
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Suivi de grossesse - Accouchement
Stérilité du Couple - Maladies des seins
Chirurgie gynécologique - Echographie
- Ménopause

مراقبة الحمل - التوليد
عقم الزوجين - أمراض الثدي
جراحة أمراض النساء - الفحص بالصدى
- سن اليأس



Casablanca le
11 SEPTEMBER 2020

الدار البيضاء في

Dr Rabia Fahrig

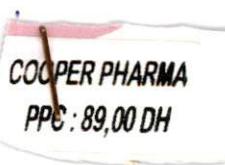
صيغة حفظ الوثائق
PHARMACEUTICALS MAY EL WIAM
252, Bd. H. Tel. 0522 91 17 53 - Fax 0522 91 56 64



19- Achigel pour opacité
148,- Dhs local (ml)



10/16 - x 05 flacon



21- Se forelle Ultra - doux
89,- Dhs pour forelle

صيغة حفظ الوثائق
PHARMACEUTICALS MAY EL WIAM
252, Bd. H. Tel. 0522 91 17 53 - Fax 0522 91 56 64

Dr KABLY Amal Ep. DRISSI
Gynécologue Obstétricienne
Résidence Oum Rabiaa, Casablanca
Tél. : 05 22 89 77 72 - 07 62 75 05 75

193, شارع أم الريان، إقامة أم الريان، الطابق الأول (جانب مختبر أربيو) - الدار البيضاء
193, Boulevard Oum Rabiaa, Résidence Oum Rabiaa, 1er étage (à côté du laboratoire ORBIO) - Casablanca

البريد الإلكتروني : E-mail : amalkably@hotmail.com
Tél. : 05 22 89 77 72 - 07 62 75 05 75

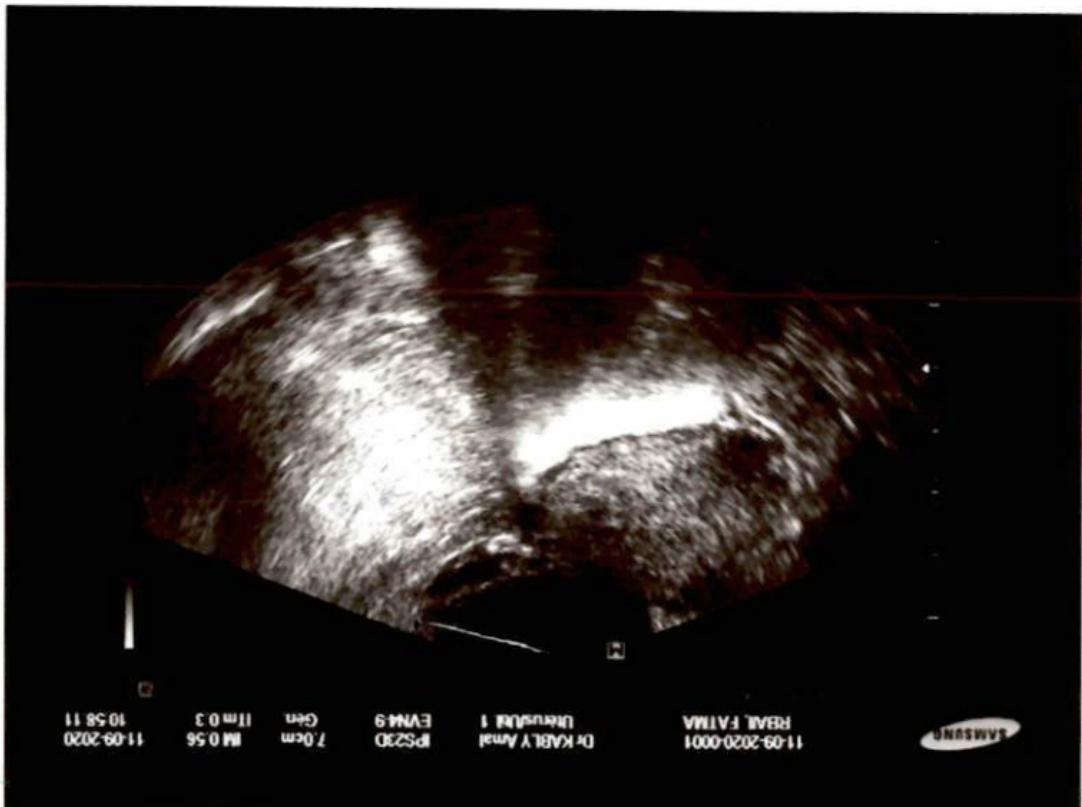
PATENTE : 36062006 - IF : 20739479 - ICE : 001887162000047

11 SEPT 2020

Echographie endovaginale

- Utérus de taille et d'épaisseur normale, contours réguliers, lvs fine m
- Endomètre > 12mm
- Anne Rts
- Dgs - lgs

Dr. KARLY AMAL EP. DRISSI
Gynécologue Obstétricienne
155 Bd Oum Rabii, Res. Oum Rabii
Casablanca Tel: 05 22 88 77 72



11-09-2020-0001 RBAI, FATHA
DR KABILY Amal DRAWSHAN I
IPS230 7cm 11m 0.3 10-58-11
11-09-2020 0.56 0.56 cm 11-09-2020

SAMSUNG