

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° W19-440785

45843

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12831 Société : RAN

Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : Zines DOUIRI

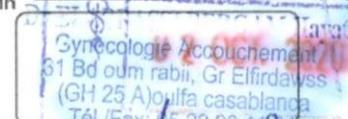
Date de naissance : 08/06/1985

Adresse : N° 20, Rés Rahaef, Fenni Bretagne Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : Age:

Nom et prénom du malade : Zines DOUIRI Age:

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Renouvelée + Maladie pele

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Zines DOUIRI



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
Sept 2013	SG		300 DH	INP : 03164723 Signature : Dr. Elifirdawss
				DR = DR + PA = PA Signature : Dr. Elifirdawss

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <p>31 Bd d'Amour G El Firdaw (G) 25 Avenue Casablanca Tél. Fax 0522 90</p>	29/2/2010	Les coefficients de la révolution	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	26533412 00000000 35533411	G	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	D	21433552 00000000 11433553	B	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION			

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée de la faculté de Médecine
de Strasbourg - France
Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

- Accouchement
 - Echographie
 - Stérilité de Couple
 - Maladies des Seins
 - Chirurgie Gynécologique



الدكتورة العباسى برکام حیاۃ

إختصاصية في طب النساء والولادة

خريجة كلية طب بستراسيورغ فرنسا

طبيبة سابقية بالمستشفى الجامعي

بستراسبورغ

الولادة-

الفحص بالأمواج فوق الصوتية

عقم الزوجين
أمراض النساء

-أمراض السكري
-أمراض و ح

أمراض و جراحة الرحم

Casablanca, Le

Casablanca, Le 05/09/20

In the Room 9th Floor Binter

Constitutional Loop Y.
300 ft

Bethelie Behnke

2014

~~Dr. Hsiao ET AL., RASPBERRY CREAM~~

مستعجلات : 06 61 43 83 26

31،شارع أم الربيع، مجموعة إقامة الفردوس (GH25A) طابق: 9. الألفة. الدار البيضاء. الهاتف/fax: 05 22 90 11 01:

31, BD Oum Errabii, Groupe Rés Al Firdaous (GH25A), étage: 2, Appt: 9, EL ouffa Casablanca. Tél/fax: 05 22 90 11 01

Docteur EL ABBASSI BERGAM Hayat
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
31, Bd Oum Rabii, Gr Al Firdaous (GH25A), OULFA
CASABLANCA
Tél: 05.22.90.11.01

COMPTE RENDU D'ECOGRAPHE GYNECOLOGIQUE

NOM: Souire

AGE: 28

MOTIF: Menstruation

PRENOM: Zineb

DATE: 27/9/20

UTERUS:

- Antéversé
- Rétro versé
- Echo-structure: régulière
- Endomètre: épaisseur de mm
- Intermédiaire

ANNEXE DROITE :

- Ovaire droit : mesurant 23x18 mm
- Follicule(s) : mesurant mm
- Kyste : mesurant mm

ANNEXE GAUCHE :

- Ovaire gauche : mesurant 21x17 mm
- Follicule(s) : mesurant mm
- Kyste : mesurant mm

EPANCHEMENT : Oui

Non Minime Moyen Abondant

CONCLUSION :

