

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030945

135884

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5626 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DRIM, HASSAN
 Date de naissance : 18-11-60
 Adresse : MAY YOUSSEF LES MARS D'OR 3 N°18
 Tél. : 0674950206 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/9/2022
 Nom et prénom du malade : Affection gynécologique
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Le : Signature :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
26/5/22	Cs		350,00	
24/10/22	Cs		350,00	
24/11/22	Ech		450,00	

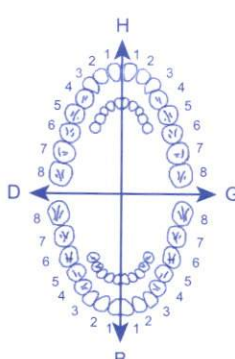
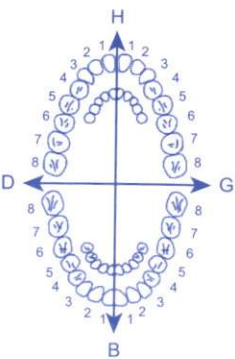
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid LAZRAK

Gynécologue - Obstétricien

Lauréat de la faculté de médecine de Paris V
Diplôme Européen de chirurgie laparoscopique
Maladies du sein - Echographie doppler 3D - 4D
Hystérocopie - Colposcopie - Coelioscopie

Stérilité du couple - FIV - ICSI

Sur Rendez-vous



الدكتور رشيد الأزرق

إختصاصي في طب النساء و التوليد
خريج كلية الطب بباريس
شهادة أوروبية في الجراحة بالمنظار
العقم - أمراض الثدي
الفحص بالصدى
بالموعد

Casablanca, le 24/12/2022

ATTESTATION DE PERCEPTION D'HONORAIRES

Je soussigné Dr Rachid Lazrak, certifie avoir examiné ce jour

Madame **DRIHME CHAIMA** et avoir perçu

Comme honoraires pour sa consultation et son échographie la somme
de huit cents dirhams (800 DHS).

Délivré à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir
ce que de droit.

Dr. LAZRAK Rachid
Gynécologue - Obstétricien
32, Rue Taha Houcine
CASABLANCA
Tél : 05 22 27 57 00 - 05 22 27 57 17

Docteur Rachid LAZRAK

Gynécologue - Obstétricien

Lauréat de la faculté de médecine de Paris V
Diplôme Européen de chirurgie laparoscopique
Maladies du sein - Echographie doppler 3D - 4D
Hystérocopie - Colposcopie - Coelioscopie
Stérilité du couple - FIV - ICSI

Sur Rendez-vous



الدكتور رشيد الأزرق

إختصاصي في طب النساء و التوليد
خريج كلية الطب بباريس
شهادة أوروبية في الجراحة بالمنظار
العقم - أمراض الثدي
الفحص بالصدى
بالموعد

Casablanca, le 29/6/2022

ATTESTATION DE PERCEPTION D'HONORAIRES

Je soussigné **Dr Rachid Lazrak**, certifie avoir examiné ce jour
madame **DR ENI CHAMA** et avoir perçu
comme honoraires pour sa consultation la somme de trois cents
dirhams (350 DHS).

Délivré à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce
que de droit.

Dr. LAZRAK Rachid
Gynécologue - Obstétricien
32, Rue Taha Houcine
CASABLANCA
Tél.: 05 22 27 57 00 - 05 22 27 57 17



www.fecondationinvitro.ma



Dr Rachid Lazrak gynécologue



@Docteur Rachid Lazrak

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

INDICATION : CONTRÔLE KYSTE OVARIEN

Madame: DRIHMI CHAIMAA
D.R.: 18/10/2022

Date : 24/10/2022

Utérus d'échostructure homogène, antéversé, à contours réguliers, mesurant dans ses grands axes

64 mm × 31 mm.

Endomètre fin, mesurant 5 mm.

Ovaire droit folliculaire, mesurant 33 mm.

Ovaire gauche folliculaire, mesurant 31 mm.

Douglas libre.

Conclusion :

Echographie pelvienne normale ce jour.

Dr. LAZRAC Rachid
Gynécologue - Obstétricien
32, rue Taha Houcine
CASABLANCA
Tél: 05 22 27 57 17



Cabinet Dr Rachid LAZRAK

Date d'examen: 24.10.2022 Page 1 / 5

Nom	DRHMI CHAIMAA	DDN	19.06.1999	Sexe	Féminin
ID patient	D22584-21-06-08-3	Praticien	Dr Rachid LAZRAK		
Indication	CONTROLE KISTE OVARIEN	Méd. réf.	Dr Rachid LAZRAK		
DDR	18.10.2022	Jour du cycle	7	Gestité	0
Jour de stim.		Ovul. prévue		Parité	
					AB
					Ectopique

Plancher pelvien

plancher pelvien	Oui	Non
plicature urétrale	Oui	Non