

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

N° M21-

151488

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 12300

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NADIFI LATIHA

Date de naissance : 16/11/1988

Adresse : Résidence d'Avignon - Casablanca

Tél. : 0661.80.36.38 Total des frais engagés : 616.40 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

*الدكتور سعيد العماري  
Dr. Said ELAMARI  
أخصائي في أمراض النساء والتوليد  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
102, Bd. Bourgogne Résidence Rayane III  
1er Etage, Appt. 3 - Casablanca  
Tel. : 05 22 27 94 01*

Date de consultation : 21 Fév 2013

Nom et prénom du malade : NADIFI LATIHA Age :

Lien de parenté : 1/2  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : NADIFI LATIHA  Enfant

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 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
21 FEV 2013	Consultation + lib. ph	1	200 213 400	ELAMARH Dr. El Amari Spécialiste Obstétrique Assistance Régionale Casablanca 3004 01

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'hamed Pharmacien 44, Bis Bd Abdellatif Abderrahim Beyabid (Ex. Jerrada) - Casablanca 052 555 5555	21.02.23	216.40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely upper, with teeth numbered 1 through 8 on both the left and right sides. A vertical line labeled 'H' at the top passes through the midline of the arch. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right passes through the arch, perpendicular to the vertical line. The teeth are arranged in a curve, with the central line 'H' marking the apex of the curve.

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Said ELAMARI**  
**Specialiste En Gynecologie Obstetrique**  
 Accouchement - Chirurgie Gynecologique  
 Maladie et Chirurgie du sein  
 Sterilite du Couple - Colposcopie - Hysteroscopie  
 Echographie Doppler Couleur

21 FEV 2023

**الدكتور سعيد العماري**  
 اختصاصي في أمراض النساء و التوليد  
 جراحة أمراض النساء - أمراض وجراحة الثدي  
**العمق - الفحص بالمنظار**  
 الفحص بالصدى والألوان



Distribué par ZENITHPHARMA  
 96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
 Agadir - Maroc  
 Dr. M. EL BOUTIHMADI, Pharmacien Responsable  
 AMM N°: 2478 DMP/21/NRQ  
 PRV.: 9610 DHS

PPC: 120,00 DH

11-2021  
 0497V  
 11-2024

الدكتور سعيد العماري  
**Docteur Said ELAMARI**  
 اختصاصي في أمراض النساء و التوليد  
 Specialiste En Gynecologie Obstetrique  
 Bourgogne Résidence Rayane III  
 Apt. 3 - Casablanca  
 Tel: 05 22 27 94 01

06 61 19 78 74 , شارع بوركون إقامة ريان III - الطابق الأول - الشقة 3 - الهاتف : 05 22 27 94 01 - المكتب : 102  
 102, Bd Bourgogne - Résidence Rayane III - 1<sup>er</sup> Etage - Appt 3 - Tél.: 05 22 27 94 01 - Gsm : 06 61 19 78 74  
 E-mail : saidelamari@gmail.com

# Docteur Said ELAMARI

## Spécialiste En Gynécologie Obstétrique

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Sterilité du Couple - Colposcopie - Hysteroscopie

Echographie Doppler Couleur

## الدكتور سعيد العماري

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

جراحة أمراض النساء - أمراض وجراحة الثدي

العمق - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى و الألوان

21 / 01 / 2023

CABINET DR ELAMARI

## FACTURE

MME NADIFI. LAMIAA

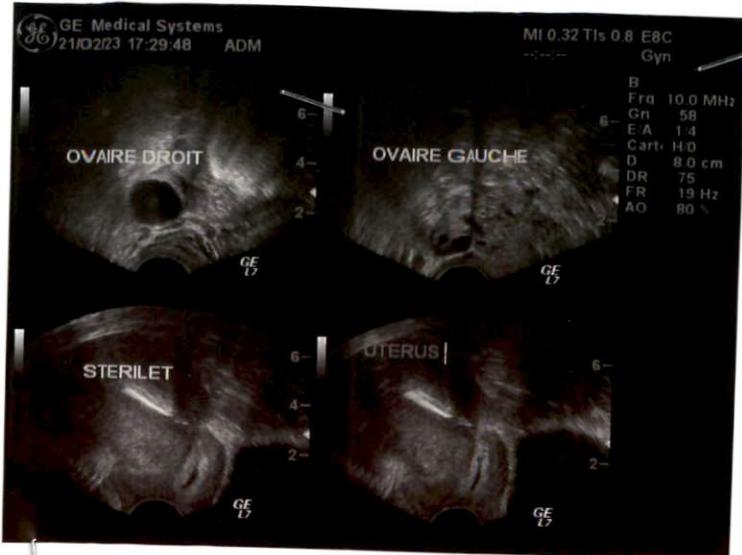
Le docteur Elamari Said a l honneur

De vous présenter ses compliments

Et vous adresse

Selon l usage sa note d honoraire soit la somme de  
DEUX CENT DIRHAMS 20 0DH consenant une  
echographie obstétricale





21/ 02/2023

MME. NADIFI. LAMIAA

ECHOGRAPHIE PELVIENNE SOUS-PUBIENNE

-Vessie de contours réguliers de capacité normale

- Uterus taille et d'echostructure normale
- Ovaire OPK
- Ovaire D OPK

UTERUS ASPECT NORMAL

LV DIU en place mm

CONCLUSION OVAIRES.

POLYKYSTIQUES+ DIU

الدكتور سعيد العماري  
Docteur Said ELAMARI  
مختص في أمراض النساء والتوليد  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
102, Bd Bourgogne Résidence Rayane III  
1er Etage Appt. 3 - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 94 01

Docteur Said ELAMARI

Spécialiste En Gynécologie Obstétrique

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Stérilité du Couple - Coloscopie - Hysteroscopie

Echographie Doppler Couleur

الدكتور سعيد العماري

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

جراحة أمراض النساء - أمراض وجراحة الثدي

العمق - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى والألوان

## COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE

NOM : NADIFI

PRENOM : L AMIAA

102، شارع بورگون إقامة ريان III - الطابق الأول - الشقة 3 - الهاتف : 05 22 27 94 01 - المحمول : 06 61 19 78 74

120, Bd. Bourgogne -Résidence Rayane III - 1er Etage - Appt 3 - Tél : 05 22 27 94 01 - Gsm : 06 61 19 78 74

E-mail : saidelamari@gmail.com