

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062262

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12300 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nadifi Lamiaa

Date de naissance : 16/11/88

Adresse : Résidence d'Avignon Californie Casablanca

Tél. : 06 61 80 36 38 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 9/2/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 Raisonement des Actes
03/05/2023	Consultation	1	200	
03/05/2023	Elaboration du certificat	1	200	
			400	

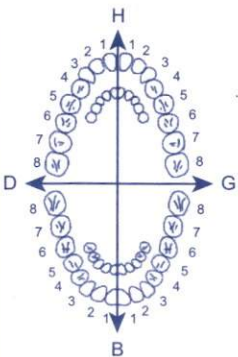
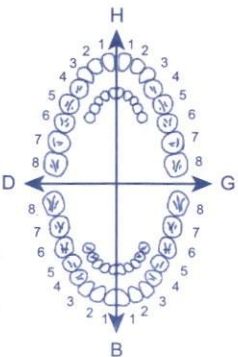
[illegible][illegible][illegible]

## 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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

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 Said EL AMARI**

**Spécialiste en Gynécologie Obstétrique**

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Stérilité du Couple - Colposcopie - Hystéroscopie

Echographie Doppler Couleur

**الدكتور سعيد العماري**

**إختصاصي في أمراض النساء و التوليد**

جراحة أمراض النساء - أمراض و جراحة الثدي

العقم - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى و الألوان

Date : 06-01-23

NIADIFI LAMIAA

- Primipara

24x21x17

plus

- Belouga

15/10/2022

Dr. Said EL AMARI  
Boulogne Résidence Rayane III  
1er Etage - Appt 3 - Casablanca  
Tél : 05 22 27 94 01  
Gsm : 06 61 19 78 74

102, شارع بوركون 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



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

**الدكتور سعيد العماري**  
**إختصاصي في أمراض النساء و التوليد**  
جراحة أمراض النساء - أمراض وجراحة الثدي  
العقم - الفحص بالمنظار  
الفحص بالصدى و الألوان

**06 / 01 / 2023**

CABINET DR ELAMARI

**FACTURE**

**MME NADIFI. LAMIAA**

Le docteur Elamari Said a l honneur  
De vous présenté ses compliments  
Et vous adresse  
Selon l usage sa note d honoraire soit la somme de  
DEUX CENT DIRHAMS 200DH concernant une  
echographie obstetricale

**الدكتور سعيد العماري**  
**Docteur Said ELAMARI**  
**إختصاصي في أمراض النساء والتوليد**  
**Spécialiste en Gynecologie Obstetrique**  
102, Bd. Bourgogne - Résidence Rayane III  
1er Etage Apt. 3 - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 94 01



10 6 Jan 2023

Docteur Said ELAMARI

Spécialiste En Gynécologie Obstétrique

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Sterilité du Couple - Coloscopie - Hysteroscopie

Echographie Doppler Couleur

الدكتور سعيد العماري

إختصاصي في أمراض النساء والتوليد

جراحة أمراض النساء - أمراض وجراحة الثدي

العقم - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى والألوان

## COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE

NOM :

NADIFI

PRENOM :

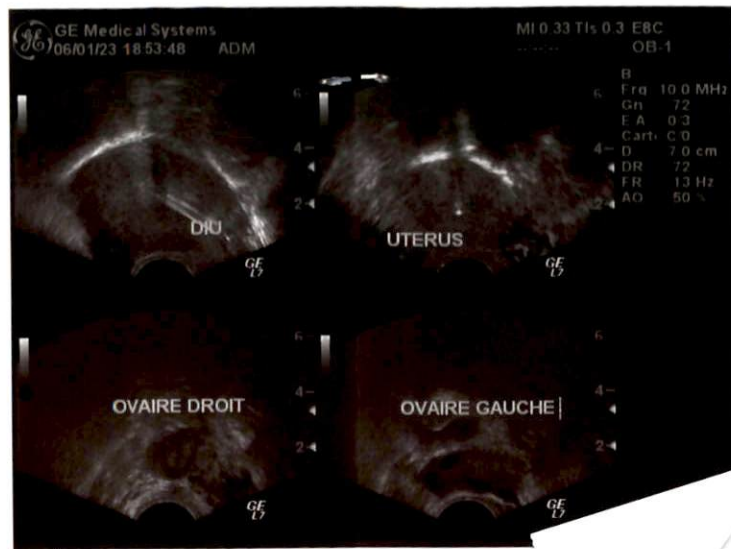
LAMIAT

102, شارع بوركون 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





LE 06/01/2023

Mme NADIFI. LAMIAA

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE SUSPUBIENNE**  
**ENDO VAGINALE**

- Utérus globuleux anteverse d'echostructure normale
- Ligne de vacuité vue 9.8 mm
- Myomètre : NL
- Ovaire gh OPK
- Ovaire dt OPK
- DIU. EN PLACE

**CONCLUSION :**

**OVAIRES. POLYKYSTIQUES**

Dr. Mohamed El AM  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
102, Bd. Bourgoane Résidence Ra.  
Tél : 06 22 27 94 01