

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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)

172795

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000013

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 112 356

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEDGUI LOULIMA Date de naissance : 08/11/83

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

25 AOUT 2023

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2023

Nom et prénom du malade : Zedgui Loulma Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Affection gynéco-séropositive

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) : Z. BZ

MUPRAS

### 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
02/10/23	CD		250,00	
	ECH		350,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIRES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

Casablanca, le ..... **02/06/2023**

## ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Nom et Prénom : Mme ZEDGUI LOUBNA

Indication : Echographie sus pubienne et endovaginale

Examen réalisé avec un appareil Samsung WS80A

mis en service le 18/05/2021

Vessie : peu pleine

Utérus de taille normale

Ligne de vacuité occupée par un DIU bien placé

Endomètre épaisse à 11,2 mm

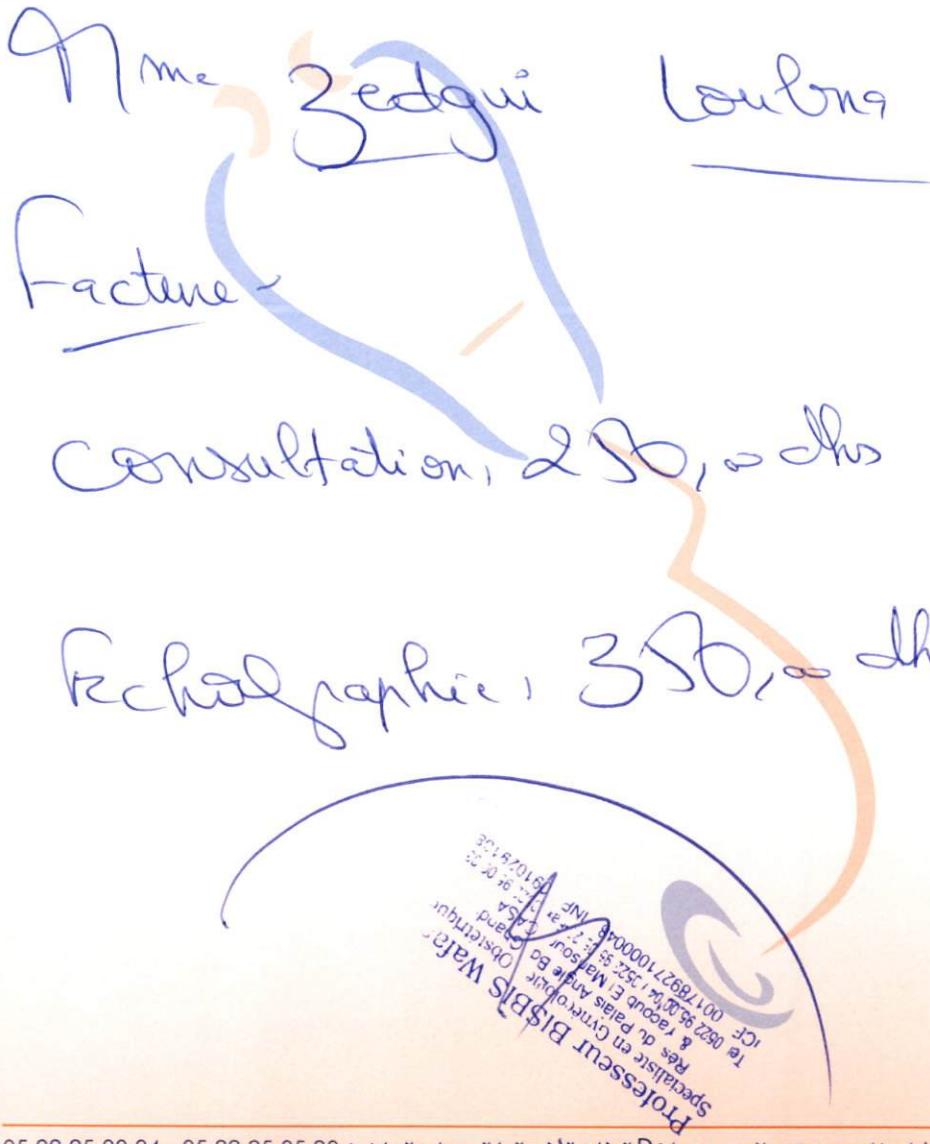
Ovaires vus, de taille normale

Absence de MLU ou annexielle.



Casablanca, le

02/06/2023



SB120

NAIDANE  
Obstétrique  
ne de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبو نيدان  
أستاذة في طب النساء والتوليد  
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

02/06/173

Jus Zedqui Wafaa  
Casayf Boo  
Acpx 3 Jour  
x 3 Jour



إقامة القصر، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور، عمارة D الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 95 00 04 - 05 22 95 05 20  
Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour, Im D, Appt n° 2, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail: dr.bisbis@gmail.com  
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048

SAMSUNG

02-06-2023-0004

LU G50 DR100 MI9 P90 Frq Gen 8.0cm

SAMSUNG  
DR100

PR. BISBIS

EV2-10A / Adnexa / FR 32Hz

IM 1.1

023

/1

LU G50 DR100 MI9 P90 Frq Gen 8.0cm

SAMSUNG

DR100

D1

Épaisseur endométriale

16.98 mm

11.23 mm

D L Ovaire 36.86 mm

-8

8-