

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-599106

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 2834		Nom & Prénom : FOUDAY MOURAD	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 17/08/50		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse : LOT ISSEMENT LAYYOUNE LOT 71 GASSA		Tél. : 06-7183HS15 Total des frais engagés : 609,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : FOUDAY Virginie	
Nom et prénom du malade : Age: 30	
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Lien de parenté : Affectum	
Nature de la maladie : gynécologique	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 30 AOUT 2023	
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 : 16/10/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

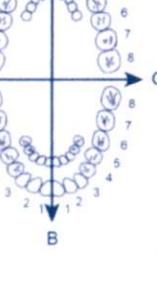


La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
16/06/23	CS		330dh	INP : 13/06/23 Obstétricien
16/06/23	examen pré-natal		300dh	DR LAYACHI Faouzia Gynécologue Obstétricienne Natali Maari

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G	00000000	00000000													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																				

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

*Gynécologie - Obstétrique*

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le :

16/06/23

**RECU**

Je soussignée certifie avoir reçu la somme

de six cents (600dh) dirhams de

Mlle FOUADH NISRINE pour

Une consultation spécialisée (300 dh)

+ une échographie pelvienne (300 dh).





**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**  
**Gynécologie - Obstétrique**

**73, Abdellah Ibnou Nafii - MAARIF Casablanca**  
**Tél : 0628 56 92 59**  
**Email : dr.faouzialayachi@gmail.com**

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

16/06/2023

**Melle FOUADH Nisrine**

**Indication: ACNE**

**-Utérus**

**Position**

**Antéverse antéfléchi**

**- Contours**

**Réguliers**

**- Dimensions**

**Distance fond -isthme : 56 mm**

**Epaisseur au niveau du corps : 23 mm**

**Largeur dans le fond utérin : 31 mm**

**- Echostructure**

**Homogène**

**- Endometre**

**Régulier, mesure 5.6 mm**

**- Annexes**

**Ovaire D : Aspect : follicules normaux**

**Surface : 0.8 cm<sup>2</sup>**

**Ovaire G : Aspect : follicules normaux**

**Surface : 1.2 cm<sup>2</sup>**

**- Douglas : Libre**

**Conclusion**

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE**  
**PAS D OPK**

