

# 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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

1  
A 79333

**Déclaration de Maladie : Nº S19-0044599**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 13139

Société : Royal Air Maroc

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

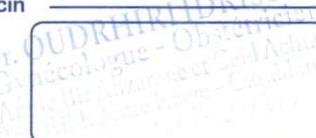
Nom & Prénom : Soufia Zenouqi Date de naissance : 15/06/1993

Adresse : 98, Boulevard royal, résid. Aïnouf plage Bub

Tél. : 0602565637 Total des frais engagés : 5.000.000 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/2023

Nom et prénom du malade : Zenouqi Soufia Age : 30

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : Perites vaginales

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

Signature de l'adhérent(e) : S. Zenouqi

## 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
16/09/2023		C.S echos	5000.00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11432552

### **(Création, remont, adjonction)**

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr OUDRHIRI IDRISI Hicham**  
**Gynécologue - Obstétricien**

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque

Médecine Foetale et Grossesses à haut risque

Echomorphologie et Echocardiologie Foetale

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie

Stérilité du couple. FIV - ICSI



**الدكتور ودغيري إدريسي هشام**  
**اختصاصي في أمراض النساء والتوليد**

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر

بالمستشفى الجامعي بالميريا

الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر

جراحة النساء والتوليد :

الجراحة بالمنظار

العمق والإخصاب

### NOTE D'HONORAIRE

Date : 16/09/2023

Nom et Prénom : **ZENAGUI Soukaina**

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nomrnée est de 500 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 300 DH

Prix de l'échographie : 200 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISI H

OUDRHIRI IDRISI H  
Obstétricien  
Almeria



## COMPTE RENDU

**Nom et Prénom :** ZENAGUI Soukaina

**Âge :** 30 ans

**Date de consultation :** 16/09/2023

### Exploration Gynécologique

Antécédents Familiaux : DMNID. HTA.

Antécédents Personnels : RAS

Antécédents Gynéco-Obstétricaux : GEU

DDR : 07/09/2023

FM : 5/32

FO : 11000

Contraception : Non

### Motif de Consultation :

#### **Examen Gynécologique & Complémentaire:**

Génitaux externes normaux, pas de saignement vaginal, leucorrhées non spécifiques, col d'aspect macroscopique normal, utérus mobile non douloureux à la palpation, annexes non palpables et douglas libre.

#### **Echographie :**

Utérus en anteflexion, de forme et caractéristiques normales.

Endomètre homogène et régulier, trilaminaire de 9,7mm.

Ovaires normaux, cul de sac de douglas libre.

#### **Conclusion :**

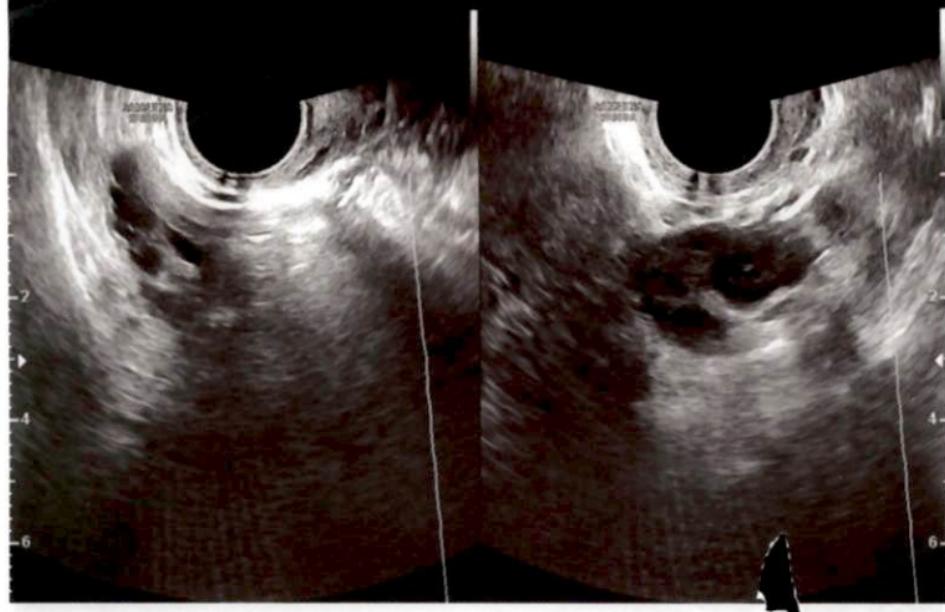
Pertes vaginales.

Dr. OUDRHIRI IDRISI H.  
Gynécologue - Obstétricien  
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achaït  
Rés. Ribh, 3e Etage Casablanca  
Tél: 0522 25 10 15 - Cm: 0662 22 48 82

Dr. OUDRHIRI IDRISI H.

E3 12A/0B/IPS220/7.0cm/IM0 3/16-09 2023 11 18 21  
2D G58 DR109 MI10 P90 Frq Gen 7 0cm

2D G58 DR109 MI10 P90 Frq Gen 7 0cm



E3 12A/0B/IPS220/7.0cm/IM0 3/16-09 2023 11 17 52  
2D G58 DR109 MI10 P90 Frq Gen 7 0cm

