

# 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.

## Biologie 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

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



ND: 37603

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009519

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAFREM M<sup>me</sup> Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 9132 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/07/20  
Nom et prénom du malade : ZAHED-SOFIA Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : METRORRAGIES  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 20/07/2020

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009519

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29<br>01<br>20  |                   |                       | 250                             |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date           | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------------|------------------------------|------------------------|
|   | 29<br>01<br>20 | 350                          |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |
|   |                |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

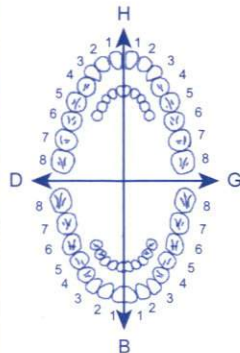
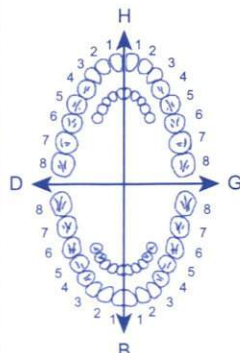
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|   |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur EL KHADIME Amina**

**Ep. Belmejdoub**

**Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique**

**Lauréate de la Faculté de Médecine**

**de STRASBOURG (France)**

Cabinet de



Gynécologie  
Obstétrique

الدكتورة الخديم آمينة  
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
خريجة كلية الطب  
ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le

29.07.20

- Chirurgie  
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

REÇU DE LA SONNE

21- 350 DH pour

ECTIOGRAPHIE

GYNÉCO

Dr. EL KHADIME Amina  
Gynécologue - Obstétricienne  
Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir  
Esc B 1er Etage N°20 - Casablanca  
Tél : 05 22 99 67 74 - 05 22 98 77 39  
Urgence : 06 62 74 77 73

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1<sup>er</sup> étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél. : 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

**CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**  
**Dr EL KHADIME Amina**

NOM: ZAHID

DATE:

29-07-20

PRENOM: SOFIA

DDR:

Indication:

METRORRAGIES

**ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE**

Utérus:

situation: ANTEVERSE

taille: 65,6/43,2 mm

myomètre: HOMOGENE

endomètre: FIN

Ovaires:

droit: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES

gauche: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES

Douglas:

LIBRE

CONCLUSION:

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE.**

Dr. EL KHADIME Amina  
Gynécologue - Obstétricienne  
Cabinet de Gynécologie - Obstétrique  
Rue Ibnou Zaid  
Tunis - Tunisie  
Tél: 71 23 45 67



