

## 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 de l'Asphalte - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-511157

NO: 18848

Autres

|   |                                       |                                  |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |                                       |                                  |
| Matricule : 11679                           | Société : RAM                         |                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : ELIDRISSI YOUSSEF            |                                       |                                  |
| Date de naissance : 20/04/1976              |                                       |                                  |
| Adresse : Rue NY 2 N° 157 Ain chicha casab  |                                       |                                  |
| Tél. : 066025037X                           | Total des frais engagés :             | 927,30 Dhs                       |

|  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin   |                                   |  |
| Cachet du médecin :  |                                   |  |
| <br>Dr. Elidrissi Youssef<br>Gynécologue - Obstétricien<br>Rue Abou Abdellah Nafii - Casablanca 20000 - Tél: 05 22 20 45 45 |                                   |  |
| Date de consultation :   | 14/01/2020                        | Age:                                     |
| Nom et prénom du malade : MAKKAoui Salima  |                                   |  |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint        |
| <input type="checkbox"/> Enfant  |                                   |  |
| Nature de la maladie : Affection gynécologique   |                                   |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS  |                                   |  |
| 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) : 30 JAN 2020 |
| Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL   |                                   |  |

| 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  |
| 14-03-2023                     | Consultation      |                       | 300 Dhs                         | INP : 03110003<br>Dr. Séridou Sékou Abou Abdellah Nafli - Casablanca - 022 236 2255 - Fax: 022 236 2256 |
| 26-03-2023                     | Test              |                       | 400 Dhs                         |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Formuleur                    | Date       | Montant de la Facture |
| STACEY HALL<br>54, boulevard<br>54, 105 25239<br>Barcelona | 14/01/2020 | 227.30                |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |          |   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|---|----------|---|------------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |          |   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  |          | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient                                  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          |   |                  | INP : <input type="text"/>                   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          |   |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          |   |                  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          |   |                  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          |   |                  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b><br>  |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table 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;">G</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> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p> |                  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H   | 25533412 | 21433552  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| D   | 00000000 | 00000000  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| G   | 00000000 | 00000000  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| B   | 35533411 | 11433553  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |

# **Docteur Omar SEFRIOUI**

Professeur Agrégé

## **Gynécologie Obstétrique**

Ex enseignant à la faculté de médecine de Casablanca

Ex Responsable des Urgences Maternité Ibn Rochd

Ancien attaché des hôpitaux de Paris (Hôp. A. Béclère)

Ex. Formateur de l'université John Hopkins (Baltimore - USA)

Diplômes européens d'hystéroscopie et de stérilité du couple

Chirurgie gynécologique et Cancérologique

Chirurgie du sein - Coelioscopie - Hystéroskopie

Colposcopie - Echographie 3D et doppler

Diagnostic anténatal - Accouchement

Traitements d'incontinence urinaire

**Procréation médicalement assistée (FIV-ICSI)**

**ANFA FERTILITY CENTER**

( Clinique Certifiée ISO 9001 - 2008 )

Casablanca, le

14/01/2020

60.10

NOM & PRENOM :MAKKAOUI SA

ESTROFEM CO



1cp x2/j /voie orale PDT 22J

57.00x2

DUPHRASONE 20mg

lutényle



1cp x2/j pdt 10j DU 28 AU 06/02

53.20

Ex aegyl MN.



1cp x2/j x 6

227.30

Estrofem® 2mg  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 60DH10



km 10 route côtière 111  
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ  
Casablanca - Maroc  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
P.P.V. 57.00 DH

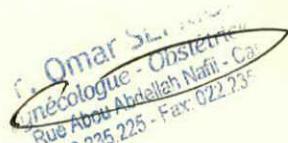
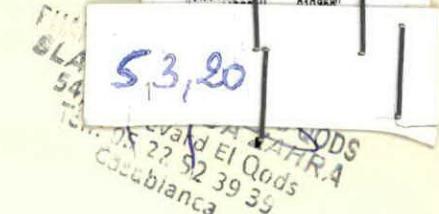
maphar

km 10, route côtière 111  
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ  
Casablanca - Maroc

LUTENYL 5mg CP SEC B10

P.P.V. 57.00 DH

maphar



Omar Sefrioui  
Gynécologue - Obstétricien  
Rue Abou Abdellah Nafii - Casablanca  
Tél.: 05 22 235 225 - Fax: 022 235

**Pr Omar SEFRIoui**  
**Gynécologie Obstétrique**  
**Chirurgie gynécologique et cancérologique**  
**Chirurgie du sein – Cœlioscopie - Hystéroskopie**  
**ICE : 001710067000094**

Le 14/01/2020

**Facture : 20 01-28**

**Mme MAKKAOUI SALIMA**

Consultation : 300 Dhs

Echographie : 400 Dhs

Total : 700 Dhs

*r. Omar SEFRIOUT  
Gynécologue - Obstétricien  
Rue Abou Abdellah Nafii - Casa  
022.235.225 - Fax: 022.235.451*

**PROFESSEUR OMAR SEFRIQUI**  
**SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**

EX ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE CASABLANCA

ANCIEN ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS

EX FORMATEUR DE L'UNIVERSITE John HOPKINS

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET CANCEROLOGIQUE, MALADIES DU SEIN

COELIOSCOPIE, HYSTEROSCOPIE, COLPOSCOPIE NUMERISEE, ACCOUCHEMENT

DIAGNOSTIC ANENATAL, ECHOGRAPHIE DOPPLER ET 3D

STERILITE DU COUPLE (FIV-ICSI)

Tel : 022 235 225 Fax : 022 235 451

**Mme MAKKAOUI SALIMA**



2B5789

14/01/2020

Echographie gynécologique

Echographie:

\*DDR :

\* Taille de l'utérus :

longueur

largueur

épaisseur

\* myométre :

**Endovaginale**

**82mm**

**38mm**

**40mm**

**Hétérogène**

- homogène

\*muqueuse :

**24mm**

+

**25mm**

+

- d'echostructure homogène

\* Ovaire gauche de

- d'echostructure homogène

**Libre  
adenomyose minime**

\*Douglas :

Conclusion :

