

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

aladie 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M21- 066864

8149.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5626 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DIAHMI HASSAN

Date de naissance :

18-11-60

Adresse :

W AY YOUSRA NEZ AEL DHEZ

Tél. : 067496286

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/9/2021

Nom et prénom du malade : DIAHMI HASSAN

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : 07/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Sai Hm

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
2018/12/1	ELRw		400,00	 Dr. LAFAYE Médecin généraliste - 06 32, rue de la Houze CAS 18 LAFAYE TEL: 05 22 27 57 00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		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 canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the top center and 8 at the bottom center. A vertical line labeled 'H' at the top and 'D' at the bottom represents the sagittal plane. A horizontal line labeled 'C' on the right and 'B' on the left represents the transverse plane. The teeth are numbered as follows: upper arch (H to B): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (D to C): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid LAZRAK

Gynécologue - Obstétricien

Lauréat de la faculté de médecine de Paris V
Diplôme Européen de chirurgie laparoscopique
Maladies du sein - Echographie doppler 3D - 4D
Hystéroskopie - Colposcopie - Coelioscopie
Stérilité du couple - FIV - ICSI

Sur Rendez-vous



الدكتور رشيد الأزرق

اختصاصي في طب النساء والتوليد

خريج كلية الطب بباريس

شهادة أوروبية في الجراحة بالمنظار

العمق - أمراض الثدي

الفحص بالصدى

بالموعد

Casablanca, le 29/12/2021

ATTESTATION DE PERCEPTION D'HONORAIRES

Je soussigné Dr Rachid Lazrak, certifie avoir examiné ce jour

madame DRIHMI CHADMAA et avoir perçu

comme honoraires pour son échographie la somme de quatre cents

dirhams (400 DHS).

Délivré à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir
ce que de droit.

Dr. LAZRAK RACHID
Gynécologue - Obstétricien
32, Rue Taha Hocine
32, CASABLANCA
05 22 27 57 00 / 17



www.fecondationinvitro.ma



Dr Rachid Lazrak gynécologue



@Docteur Rachid Lazrak



ECHOGRAPHIE PELVIENNE

INDICATION : MASSE PELVIENNE

Madame : DRIHMI CHAIMAA
DR : 01/09/2021

Date : 20/09/2021

Utérus d'échostructure homogène, antéversé, à contours réguliers, mesurant dans ses grands axes

80 mm × 28 mm.

Endomètre fin, mesurant 7 mm. On note la présence d'une image, en rapport avec un myome postérieur, interstitiel et fundique, de 66 × 45 mm.

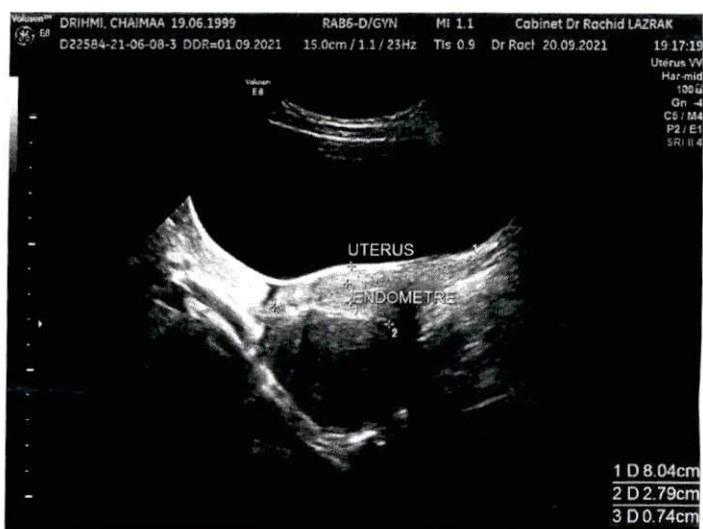
Ovaire droit folliculaire, mesurant 46 mm.

Ovaire gauche folliculaire, mesurant 49 mm.

Douglas libre.

Conclusion :

Utérus myomateux. Indication opératoire.



Cabinet Dr Rachid LAZRAK		Date d'examen: 20.09.2021	Page 1 / 5
Nom DRIHMI CHAIMAA	DDN 19.06.1999	Sexe Féminin	Type d'examen:
ID patient D22584-21-06-08-3	Praticien Dr Rachid LAZRAK		
Indication MASSE PELVIANNE	Méd. réf. Dr Rachid LAZRAK		
Échog. Dr Rachid LAZRAK			
DDR 01.09.2021	Jour du cycle 20	Gestité 0	AB
Jour de stim.	Ovul. prévue	Parité	Ectopique
Plancher pelvien			
plancher pelvien	Oui	Non	
plicature urétrale	Oui	Non	