

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-654364

118308

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2834      Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : FOUAD H MOURAD

Date de naissance : 17/07/50

Adresse : LOT 37 Lotissement LAYMOUNE  
CASABLANCA

Tél. : 0671834515      Total des Frais Engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 14/03/2022

Nom et prénom du malade : FOUAD H Mirine      Age : 71ans

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 : CASABLANCA      Le : 07/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
11/13/22	CS		300dh
11/13/22	échographie parodontale		300dh

Dr. LAYACHI  
Fautzia  
Gynécologue  
Tél: 05 29 98 66 11 \* 73, Rue Abdelhak Moucharrafieh, Maarif - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

Dr. LAYACHI  
Fautzia  
Gynécologue  
Tél: 05 29 98 66 11 \* 73, Rue Abdelhak Moucharrafieh, Maarif - Casablanca

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	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"/>														
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

**DR. LAYACHI TAHIRI FAOUZIA**  
Gynécologie – Obstétrique  
73 , Abdellah Ibnou Nafii Maarif  
Tél : 0522 25 56 94  
0522 98 66 11  
Email : dr.fauzialayachi@gmail.com

## **ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

**DATE : 14/03/2022**

**INDICATION : Récidive d'acné**

### **Position**

Intermédiaire

### **1- Contours**

Réguliers

### **2- Dimensions**

Distance fond –isthme : 58 mm

Épaisseur au niveau du corps : 24 mm

Largeur dans le fond utérin : 29 mm

### **3- Echostructure**

Homogène

### **4- Endomètre**

Fin, régulier, mesure 2,4 mm

### **6- Annexes**

Ovaire D : Aspect : plusieurs follicules, disposés en « chapelet », stroma dense  
Surface : 6 cm<sup>2</sup>

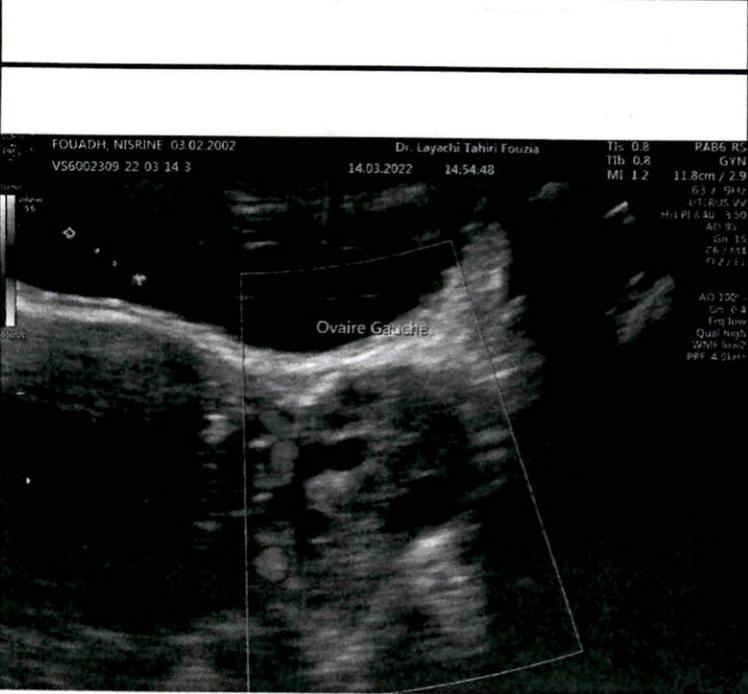
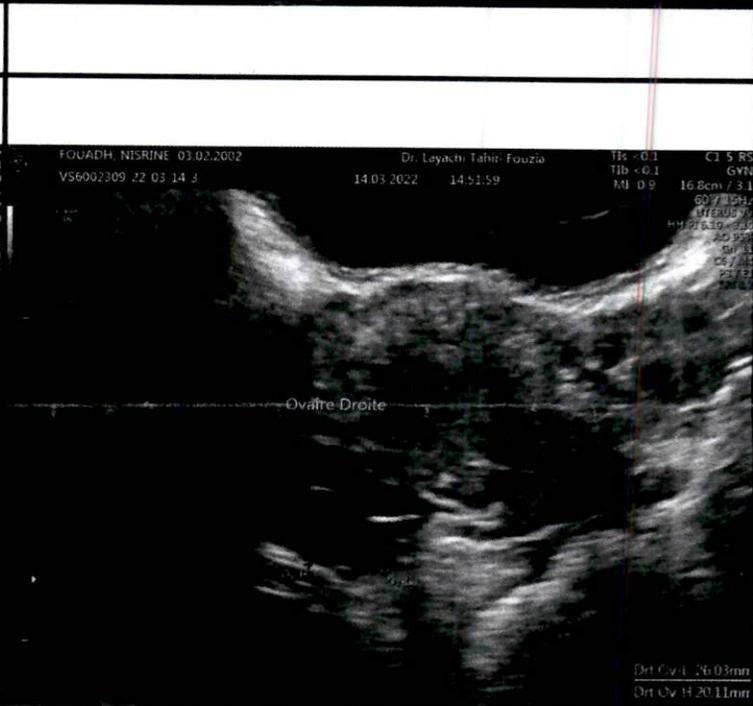
Ovaire G : Aspect : plusieurs follicules, disposés en « chapelet », stroma dense  
Surface : 6 cm<sup>2</sup>

### **7- Douglas : Libre**

### **CONCLUSION :**

**OVAIRES MICROPOLYKYSTIQUES.**





**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 : 14/3/22

## RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme  
de six cents (600dh) dirhams de  
Mme FOUADH NISRINE pour  
Une consultation spécialisée (300 dh)  
+ une échographie pelvienne (300 dh).

