

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)



150 869

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003286

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13289

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI Leyem... Date de naissance : 18/11/1986

Adresse : Avenue Stendhal Résidence Ansia INB apt 162

Tél. : 0600779669 Total des frais engagés : 732,70 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/12/2022

Nom et prénom du malade : MANSOURI Leyem Age : 36

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 : 03/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



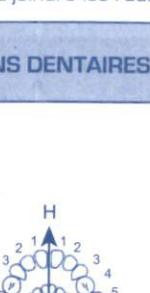
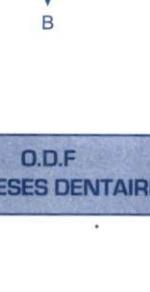
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/11/22 (5)			300000	
03/11/22 echo graphie ostéothérapie			300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/22	€ 132,70 HT

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.																							
<b>Important :</b> 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																		
	ODF PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
	H																						
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	<hr/>																						
	D	G																					
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	<hr/>																						
B																							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
					MONTANTS DES SOINS																		
					DATE DU DEVIS																		
					DATE DE L'EXECUTION																		

**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 : ..... 03/12/2022

**Mme Mansouri Meryem**

71,00

YOFOLVIT

1 comprimé le matin (pendant 1 mois)



GESTEL 200

1 Ovule le soir (pendant 15 jours)



61,70

T = 132,70

71,00

Yofolvit®  
IODE ACIDE FOLIQUE (VITAMINE K1)  
200/400/2µg

28 comprimés

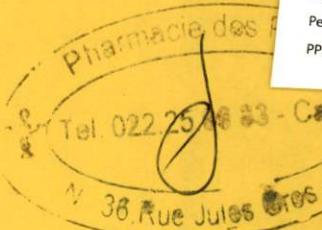


6 118000 041504

Lot : LF25216A  
Per : 11/2023  
PPV : 61DH70



6 118001 040827



**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 : 03/11/22

**RECU**

Je soussignée certifie avoir reçu la somme

de six cents (600dh) dirhams de

Mme MANSOURI MERYEM pour

Une consultation spécialisée (300 dh)

+ une échographie pelvienne (300 dh).





## Obstétrique Rapport

Page 1/2

DR LAYACHI FAOUZIA

Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 03.12.2022

ID Patient	<b>VSX806459-22-12-03-4</b>	Gestité
Nom	<b>MANSOURI, MERYEM</b>	Parité
DOB,Age	<b>18.11.1986,36</b>	AB
Sexe	<b>Féminin</b>	Ectopique
		Fœtus
		1

DDR	<b>08.10.2022</b>	DDC	DPA	<b>15.07.2023</b>	AG	8s0d
-----	-------------------	-----	-----	-------------------	----	------

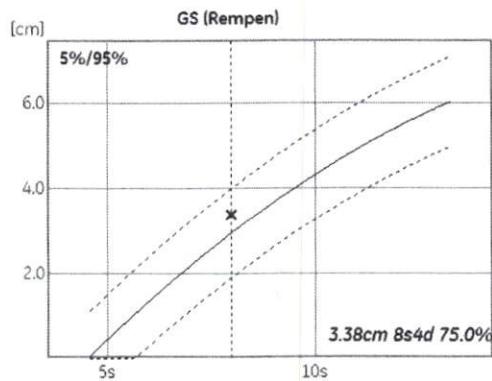
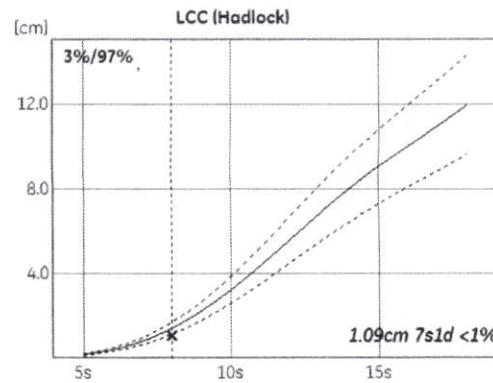
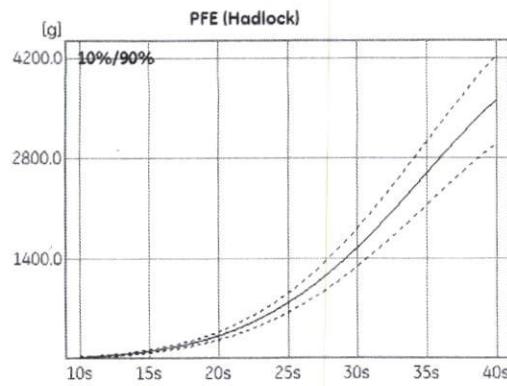
AG(MAE)	<b>7s6d</b>
DPA(MAE)	<b>16.07.2023</b>

Praticien	Méd. réf.	Échographiste
Commentaire	Indication	

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
LCC (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>1.09 cm</b>	<b>1.09</b>			moy.		<b>&lt;1%</b> <b>7s1d</b>
GS (Rempen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>3.38 cm</b>	<b>3.38</b>			moy.		<b>75.0%</b> <b>8s4d</b>

Graph

Référence AG: GA(DDR)



Nom :	<b>MANSOURI, MERYEM</b>	ID patient :	<b>VSX806459-22-12-03-4</b>					
Générique Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.

**Générique**

FC	148 bpm	148	max
----	---------	-----	-----

**Commentaire**

*Uterus gravide, d'echostructure homogène, contenant un sac gestationnel tonique fundique, arrondi de 33 mm  
La couronne trophoblastique est homogène*

*L'embryon vu, CRL : 10 mm*

*Activité cardiaque vue, FC: 148 b/mn*

*Vésicule ombilicale est visible*

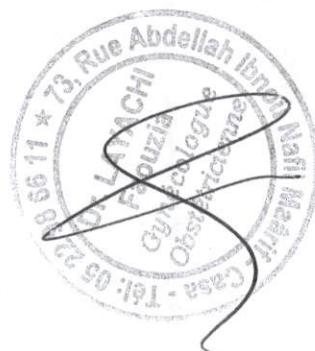
**Conclusion :**

*Grossesse mono embroyonnaire évolutive de 7 SA+ 1 j*

Date: **03.12.2022**

Praticien:

Échograph.: \_\_\_\_\_



**2 / 2**

**03.12.2022 11:03:46**