

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



150869

**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 Meysem Date de naissance : 18/11/1986  
Adresse : Avenue Skenthal Residence Anja IN 13 apt 142  
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 Meysem 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 : 05/12/2022  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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

# 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
03/11/22	cs		3000	
03/11/22	échographie obstetricale		3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/22	133,70

# 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 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.

## Important :

Veillez 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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

**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**

711.00

YOFOLVIT

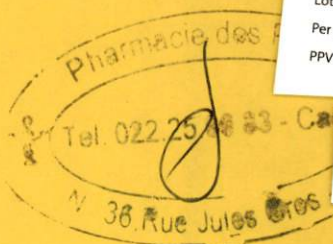
1 comprimé le matin (pendant 1 mois)

GESTEL 200

1 Ovule le soir (pendant 15 jours)

611.70

T = 132.70



71.00

Yofolvit® 200/400/25g  
28 comprimés



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



**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 : 03/12/22

## 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 VSX806459-22-12-03-4  
Nom MANSOURI, MERYEM  
DOB, Age 18.11.1986, 36  
Sexe Féminin

Gestité  
Parité  
AB  
Ectopique  
Fœtus 1

DDR 08.10.2022 DDC

DPA 15.07.2023 AG 8s0d

AG(MAE) 7s6d  
DPA(MAE) 16.07.2023

Praticien  
Commentaire

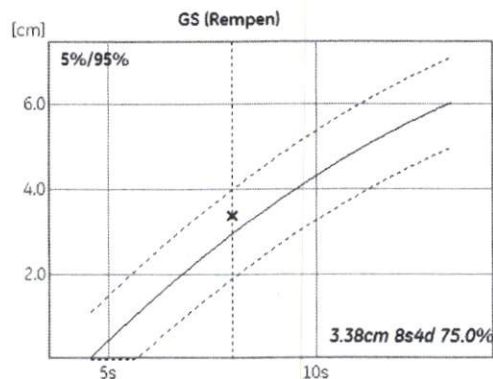
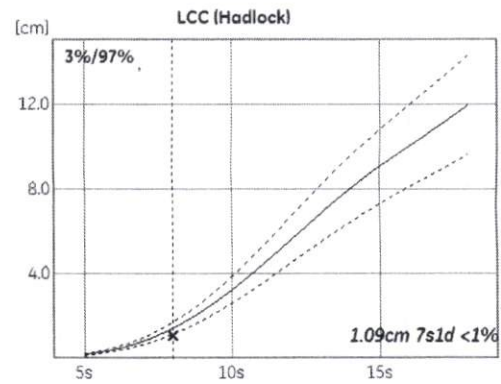
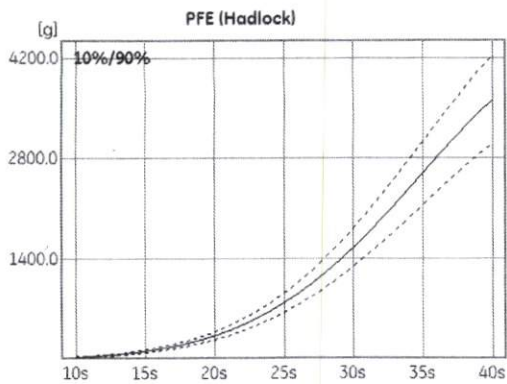
Méd. réf.  
Indication

Échographiste

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

Graph

Référence AG: GA(DDR)



Nom : **MANSOURI, MERYEM**

ID patient : **VSX806459-22-12-03-4**

Générique Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Générique								
FC	148 bpm	148						max

Commentaire

Uterus gravis, d'échostructure 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  
Vesicule ombilicale est visible

Conclusion :

Grossesse mono embryonnaire évolutive de 7 SA+ 1 j

Date: **03.12.2022**

Praticien: \_\_\_\_\_

Échograph.: \_\_\_\_\_

