

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

M22- 54906

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2277 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARDOUANE Khadija
 Date de naissance : 19-07-54
 Adresse : habituelle
 Tél. : 0662393930 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. DIOURI LAMIA
 GYNECOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE
 143, Bd. Afghanistan 1er étage
 CSM : 06.62.08.63.02

Date de consultation : 12/04/2023
 Nom et prénom du malade : ARDOUANE Khadija Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection gynécologique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casa Signature de l'adhérent(e) : Le : 19/05/2023

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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12.4.2023		G=3000H C=échographie + demande de Bilan		

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

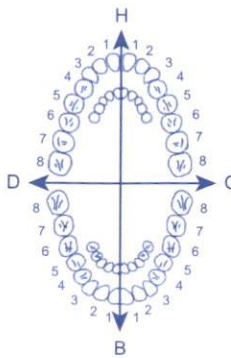
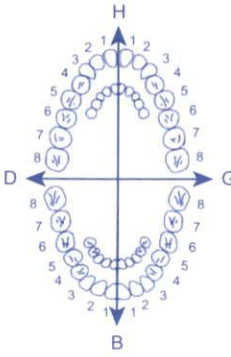
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 <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 CCOEFFICIENT 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DIOURI Lamia

Spécialiste

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE

Suivi de grossesse - Grossesse à haut risque

Accouchement - Maladie des seins

Gynécologie médico-chirurgicale

Echographie



الدكتورة الديوري لمياء

إختصاصية

أمراض النساء و التوليد

تتبع الحمل - الحمل المستعصي

الولادة - أمراض الثدي

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

Casablanca, le 12.4.2023.

N^o = AR DOUANÉ
Khadija.

Consultation de
gynécologie.

hororaire =

300,000H

Dr. DIOURI LAMIA
GYNECOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE
143, Bd Afghanistan 1er étage

143, Bd Afghanistan 1er étage (En face d'Yves Rocher) - Casablanca

Tél. : 05 22 69 07 07 - E-mail : lamia.douri@hotmail.com

N°	3702	Nom	ARDOUANE, KHADIJA EP JRAIF		
Date naiss(Âge)	17-07-1954(68)	Sexe	F	Dte exam.	12-04-2023
Indication	échographie pelvienne				
Diagnostiqué par	Médecin réf.		Opérateur		

Gynécologie

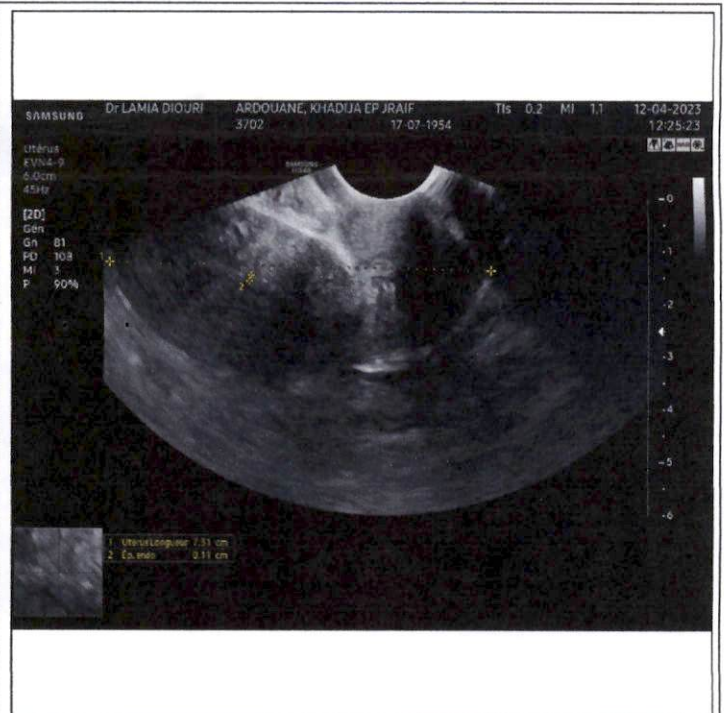
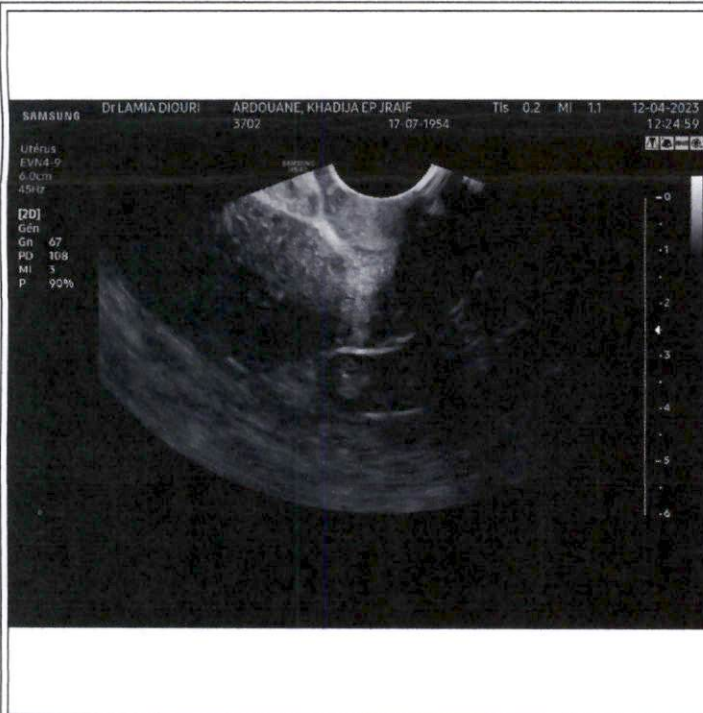
DDR Date ovulation Grossesses Accouch. Ectopique Avortements

Utérus

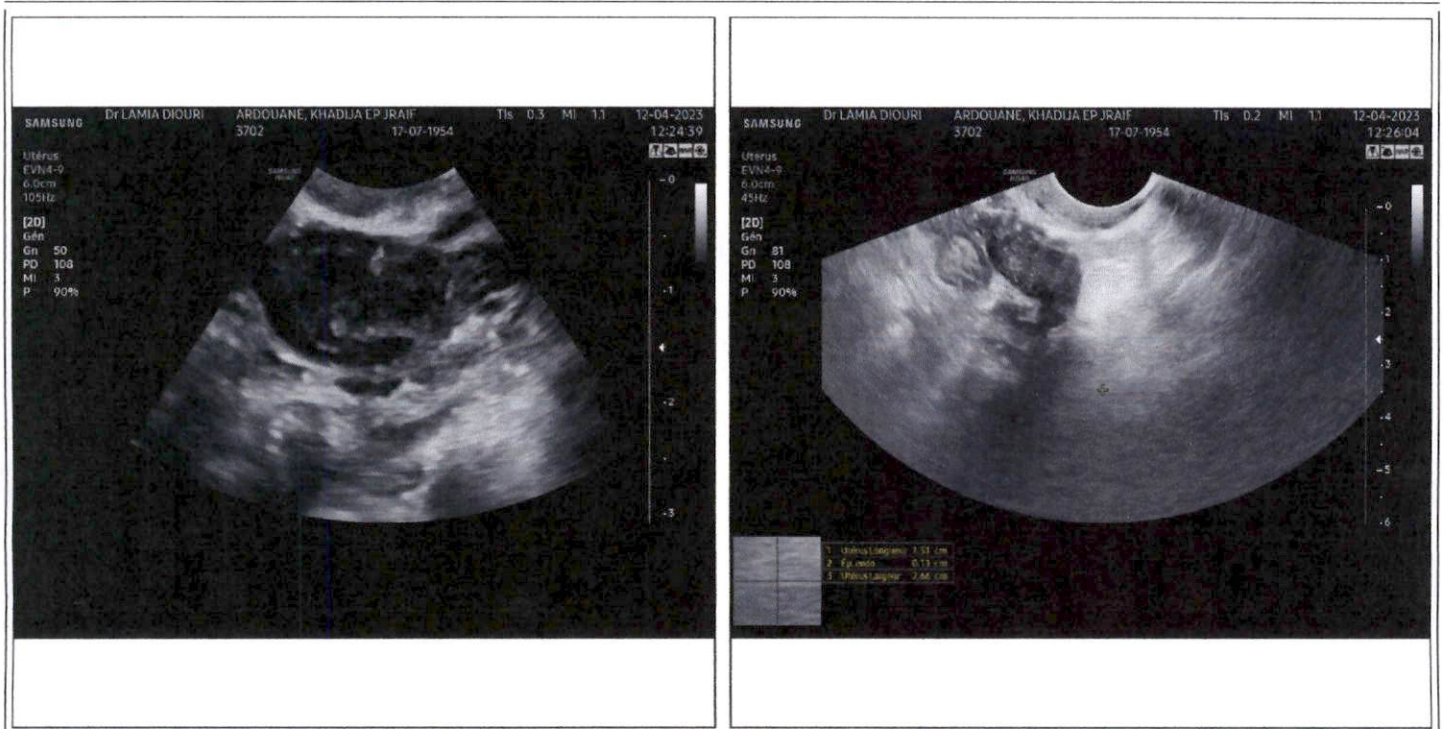
		m1	m2	m3		
Longueur	7.31	7.31			cm	Dernier
Largeur	5.15	2.66	5.15		cm	Dernier
Ép. endo	0.11	0.11			cm	Dernier

Ovaire

	Gauche			Droite				
	m1	m2	m3	m1	m2	m3		
Longueur				2.58	2.18	2.58	cm	Dernier
Largeur				1.43	1.43		cm	Dernier
Hauteur				1.25	1.25		cm	Dernier
Volume				2.41	2.03		ml	



12-04-2023



Commentaire

68 ans , 3 enfants, opérée en 1993 pour neo du sein droit

Utérus de taille et d'échostructure normale

longueur : 7,31 cm

Endomètre fin de 1,1 mm d'épaisseur

Ovaires d'aspect normaux

Absence d'épanchement dans le Douglas

Diagnostiqué par:

Opérateur:

12-04-2023