

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2277 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARDOUANE Khadija

Date de naissance : 1f - 07 - 54

Adresse : habituelle

Tél. : 0662393930

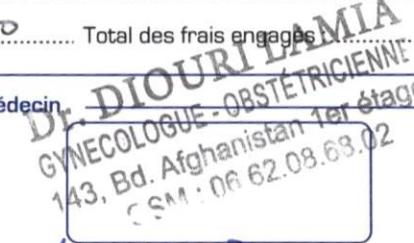
Total des frais engagés

300

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 : Casab

Le : 19 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
12.4.2023			<p>6 - 300000 H</p> <p>Corécto de ophtalmologie</p> <p>+ demande de bilan</p>	<p>DOURI BLOQUE - 051 TRICED, Afghanistan 1er étage</p> <p>cc 02.08.68.02</p>

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

# 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 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"/>																
	<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000			B	35533411	11433553	G			<input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		00000000																		
		B	35533411	11433553																
G																				
[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																
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. DIOURI Lamia

Spécialiste

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE

Suivi de grossesse - Grossesse à haut risque

Accouchement - Maladie des seins

Gynécologie médico-chirurgicale

Echographie



الدكتورة diouri لميا

إختصاصية

أمراض النساء و التوليد

تتبع الحمل - الحمل المستعبي

الولادة - أمراض الثدي

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

Casablanca, le

12.4.2023

N° AR DOUANE  
Khadija.

Consultation de  
gynéologie .

horaire =

300,00DH

Dr. DIOURI LAMIA  
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE  
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.diouri@hotmail.com

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

**Gynécologie**

DDR	Date ovulation	Grossesses	Accouch.	Ectopique	Avortements
-----	----------------	------------	----------	-----------	-------------

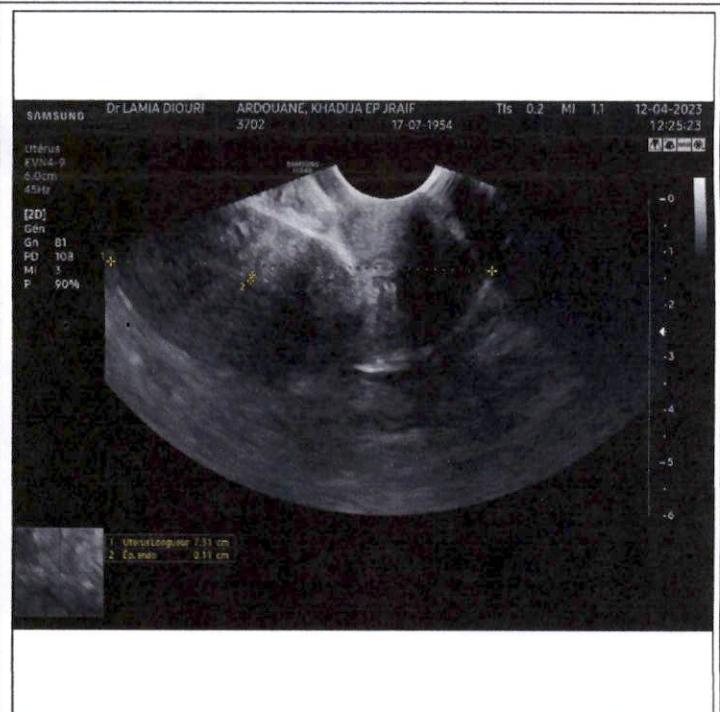
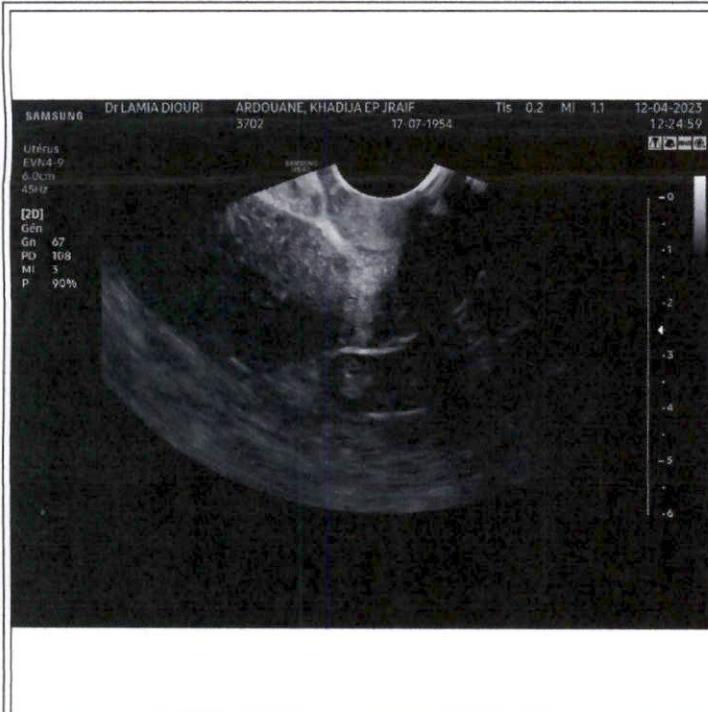
**Utérus**

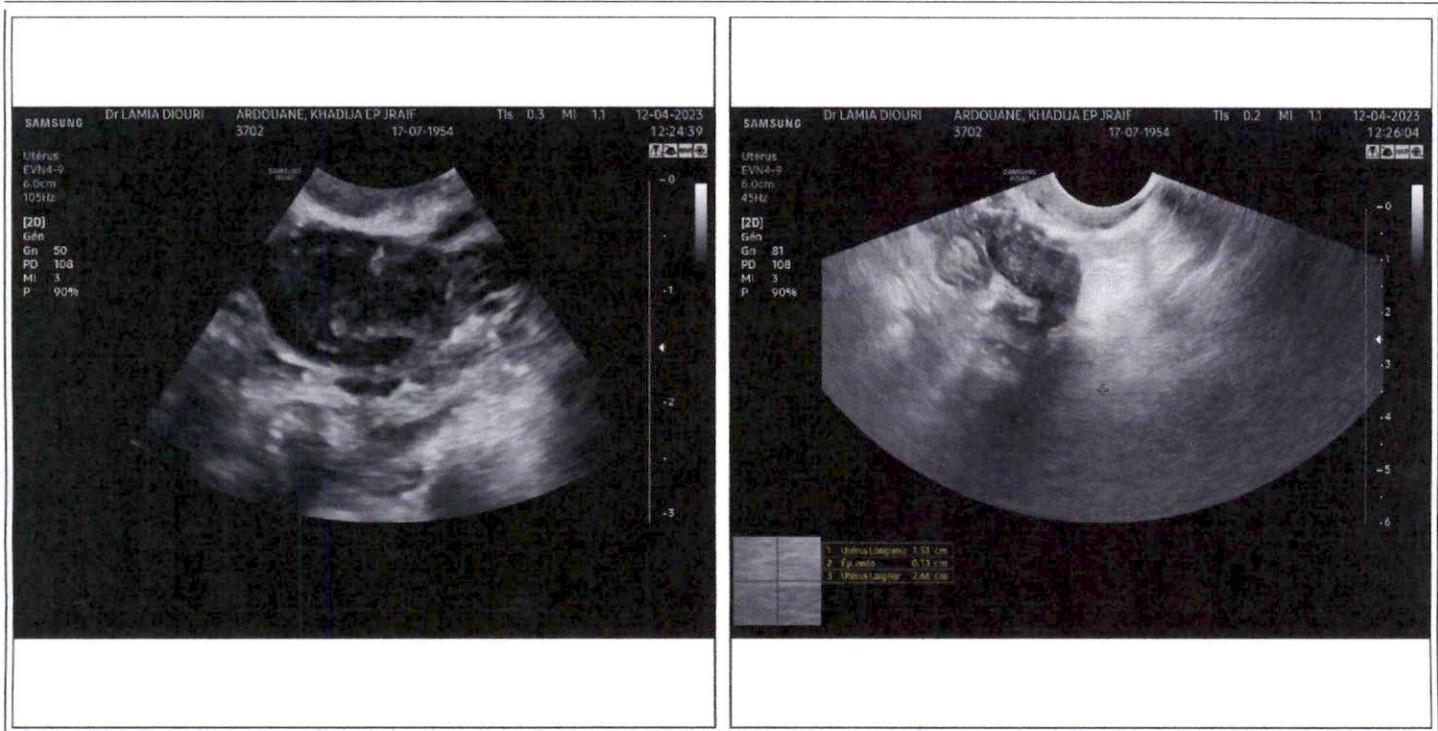
	m1	m2	m3	cm	Dernier
Longueur	7.31	7.31			
Largeur	5.15	2.66	5.15		
Ép. endo	0.11	0.11			

**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	



**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

Ovaies d'aspect normaux

Absence d'épanchement dans le Douglas

Diagnostiqué par:

Opérateur:

12-04-2023