

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-004229

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93.06

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS MOHAMED TAHAR

Date de naissance : 02/07/1972

Adresse : Imtithan

Tél. : ..... Total des frais engagés : 600 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 SEP. 2023

Nom et prénom du malade : BENNIS Larbi Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hémorragie + Myose droite

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 : CRSA Le : 21/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

9



### 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
18 SEP 2023			30000	الدكتور زكي ناصر طبيب أسنان النساء والولادة طريق سليمان العبدالله جدة - المملكة العربية السعودية رقم المدارس: 0527288123 رقم المتن: 2224421 رقم المتن: 0527288123

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
زنبي و زكي ناصر	18 SEP 2023	1/2	30000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

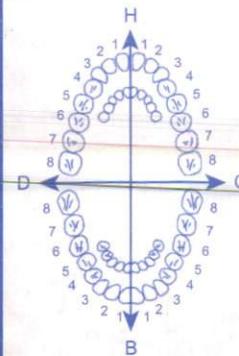
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

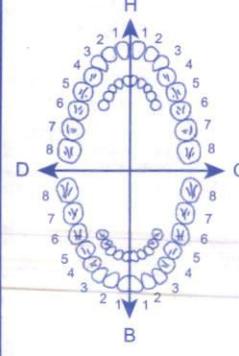
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

الدكتور زبیر عبد الله  
متخصص في أمراض النساء و الولادة  
أمير بن الخطم  
جدة ٢٣٢٦ نايف سطوار الدار البيضاء  
٥٦ ٢٢ ٢٧ ٤٤ ٢١ - ٥٥ ٢٢ ٢٦ ٠٤ ١٢

, Le :

18 SEP. 2023

Dr Dennis Lants

Alw fraglie M

K35

$\Rightarrow 30000 \text{ N} =$   
Trin. Cet. DM

الدكتور زبیر عبد الله  
متخصص في أمراض النساء و الولادة  
أمير بن الخطم  
جدة ٢٣٢٦ نايف سطوار الدار البيضاء  
٥٦ ٢٢ ٢٧ ٤٤ ٢١ - ٥٥ ٢٢ ٢٦ ٠٤ ١٢

**DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH**

**Gynécologue - Accoucheur  
Ancien Maitre Assistant**

**Stérilité - Senologie - Echographie  
Chirurgie Gynécologique**

## **ECHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE**

**Mme BENNIS Laila**

**Casablanca le, 18/09/2023**

### **Examen**

\* UTERUS = hétérogène, adénomysique, augmenté de taille, mesurant 65 mm en A.P, siège d'un myome qui mesure 17.6 mm

- \* LIGNE DE VACUITE = régulière
- \* OVAIRE DROIT = kyste hypoéchogène : 25.6 mm
- \* OVAIRE GAUCHE = normal,
- \* DOUGLAS = libre

### **Conclusion**

KYSTE OVARIEN DROIT + MYOME UTERIN



