

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

189148

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002440

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12953 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELNARZOUQUI Zineb Date de naissance : 03/03/1987

Adresse : 24 Rue La Pyramide Belvédère Casablanca

Tél. : 06 55 31 36 05 Total des frais engagés : 450,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : ELNARZOUQUI Zineb Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection genitale

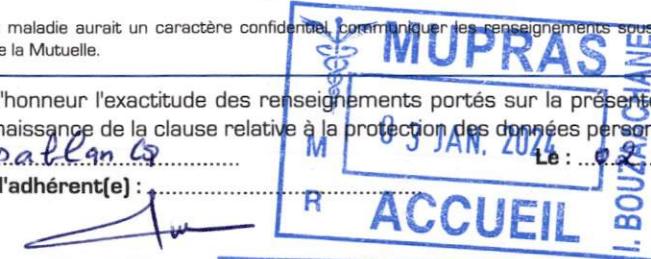
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 09 JAN. 2024 à 01.01.2024

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 Pajement des Actes
07.12.73			220 LSO, 00	DR. J. P. BOURGEOIS

### 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

### 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.

#### 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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

**Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI**  
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien médecin interne  
au CHU Ibn Rochd



الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي  
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا  
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le .....

07.12.23

الدار البيضاء في

**FACTURE N° 0004322**

*Nom et Prénom : ELMGRZOOGUI Zineb*

*Examen : Consultation échographie*

*Effectué le : 07.12.23*

*Au prix de : 1450,- Dhs*

*Arrêtée la présente facture à la somme :*

*gratuite au Dr. G. KABBAJ EP. SEBTI  
Gynécologue Obstétricienne  
400, Bd. Zerkouni, Direction Mosquée Hassan II, 2ème étage, N° 14  
Tél. : 05 22 47 16 89 - N° 14  
Especes*

**Mode de paiement :**

**Chèque**

إقامة بيرنس بلازا، رقم 400 شارع الزرقطوني (إتجاه مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء  
Business Plaza, N° 400 Bd. Zerkouni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage, N° 14 - Casablanca  
البريد الإلكتروني : kabbaj\_ghita2008@yahoo.fr  
Tél. : 05 22 47 16 89 - I.C.E : 000104498000090  
T.P : 35490672 - I.F : 15233250

**Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI**  
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien médecin interne  
au CHU Ibn Rochd



**الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي**  
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا  
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le ..... 1 DEC 2023 ..... الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Gh. Nazzoujini Zineb

**Compte-rendu d'échographie  
Gynécologique**

- A vessie .....
- Utérus : Globuleux... Maje  
... d'un myome de 3 cm. d'allure  
type I à II
- dimensions : ... 80...mm/.... 60...mm
- ligne de vacuité : .....
- endomètre mesurant ..... mm
- Ovaires vus :
  - droit = RVS
  - gauche = Endométrium à 9 cm.
- Cul de sac de Douglas : Epanchement
- \* Conclusion : Personnalité à explorer