

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
**A3225**

Matricule :

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 68 11 82 14**

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur HADDOUD SARA**  
Gynécologue et obstétricienne  
Téléphone : 06 02 48 40

Cachet du médecin :

Date de consultation : **14 / 12 / 2023**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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**

Signature de l'adhérent(e) : **AE**

Le : **/ /**

**VOLET ADHERENT**

## **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
24/12/2013	Consultation		# 4000 dh	INP : 0613047154 Docteur HADDADUT Sana Gynécologue obstétricienne Téléphone: 05 62 02 48 30

#### **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE A Mme. BENOUA BENZAKOUR Hay</b> Date 196, Bd Zekraoui - Casablanca Tel: 05 22 26 32 53 Fax: 05 22 29 36 23 Tél: 00 1754 00 60 0000 00 	Montant de la Facture 129, 50  214, 40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

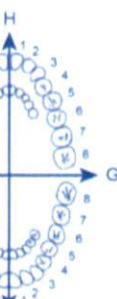
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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	INP : <input type="text"/>
				
				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

	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>B</td><td></td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Médecin Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Lauréate des Facultés de Médecine de Casablanca et de Paris Saclay

Diplômée en Échographie, Faculté Paris Descartes

Diplômée en Assistance médicale à la procréation, Paris

Diplômée en Coeliochirurgie CHU Clermont Ferrand

Diplômée en Hystéroscopie opératoire, Paris

Diplômée en chirurgie vaginale, Nîmes

Diplômée en Colposcopie et Pathologie

cervico vaginale



Cabinet de Gynécologie Obstétrique

طبية أخصائية في طب وجراحة أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء وباريس ساكلاني

دبلوم في الفحص بالصدى، جامعة ديكارت بباريس

دبلوم في علاج قم الزوجين والمساعدة على الإنجاب، باريس

دبلوم في الجراحة بالمنظار الباطني، كلية كليرمون فيران

دبلوم في تنظير الرحم التشخيصي والجراحي، باريس

دبلوم في الجراحة المهمبية، نيم

دبلوم في التنظير المعدي وأمراض عنق الرحم، فاس

**MME EL AFFAKI HALA**

44,60 + 84,90

- Duphasston 10 mg - comprimé pelliculé
 

2 comprimés par jour en même temps à heure fixe pendant 10 jours Puis du 5 e au 25 e jour pendant 3 mois

**ORDONNANCE**

14/12/2023

44,60 + 84,90 x 2  
214,60

**CARBOLINE CP**

2 Comprimés, matin, soir pendant 10 jours

**Carboxane Flora cp**

2 Comprimés, matin, soir pendant 15 jours

T = 129,50



**PHARMACIE AIDA**  
**Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hay**  
**196, Bd. Zerktouni - Casablanca**  
**Tél.: 05 22 26 32 53-Fax: 05 22 29 36**  
**ICE : 00175460600007**

10, Bd Moulouya, SAMI CENTRE au-dessus de Marjane Market, 3<sup>ème</sup> étage

05 22 90 78 52 - 0808 65 61 89      Urgences : 06 62 02 48 40

sana.haddout@gmail.com    www.magynecologue.com

<https://192.168.1.25/pratisoftcity/50-3341/prescription/medical-prescription/1730>