

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

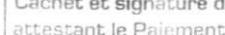
N° W19-466510

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
→ Cadre réservé à l'adhérent (e)		<b>(25107)</b>	
Matricule : <b>00409</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BONASANE Fatima (Veuve Bouziane)</b>			
Date de naissance : <b>08/10/1963</b>			
Adresse : <b>Missimi Rue 10 N°3 HH Casablanca</b>			
Tél. : <b>05 22 90 97 03</b>		Total des frais engagés : <b>+ 506,30+</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	<b>DELLABBASSI TERRACE, Hayat</b> <b>Gynécologie Accouchement</b> <b>31 Bd Oum Rabia, Gr El Mirdawss</b> <b>(GH 25 Abouita Casablanca</b> <b>Tél/Fax: 05 22 90 11 01</b>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>11/12/19</b>			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Infertilité</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : <b>Casablanca</b>	Le : <b>05/12/2020</b>		
Signature de l'adhérent(e) :			



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/05/2018	Acte de Médecin	1	286	 INP : 1111111111 Dr. LABBE BERGAM Gynécologue et Pédiatre 31 Bd du Moulin à Vent 69250 Lyon Tél/Fax : ...

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/12/19	56,30

## **ANALYSES - RADIographies**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. ELIE BIRKELAND SOCIETE DE GYNÉCOLOGIE ET D'ACCORCHEMENT GH-25 AVENUE DES PASABLANCAS Tél/Fax: 03 22 90 11 11</i>	<i>Mr</i>	<i>Lyon 1er arrondissement</i>	<i>100</i>

## AUXIHAIBES MEDICAUX

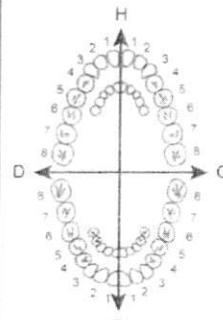
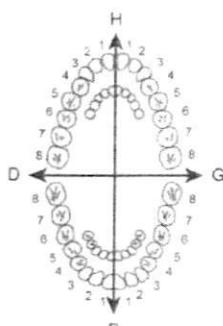
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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



**Docteur EL ABBASSI BERGAM Hayat**

Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
31 Bd oum rabii, Gr Al firdaous (GH 25 A) oulfa  
casablanca  
Tél./Fax : 05 22 90 11 01

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM: Rouhssan PRÉNOM: Râma  
AGE: 43 DATE: 11/12/18.  
MOTIF: Infertilité féminine

UTERUS : • Antéversé • Rétroversé • Intermédiaire  
• Echo-structure : régulière Myome :  
• Endomètre : épaisseur de 3,7 mm

ANNEXE DROITE : • Ovaire droit : mesurant  
• Follicule(s) : mesurant  
• Kyste : mesurant

18 mm  
10 mm  
10 mm

ANNEXE GAUCHE : • Ovaire gauche : mesurant  
• Follicule(s) : mesurant  
• Kyste : mesurant

18 mm  
10 mm  
10 mm

EPANCHEMENT : Oui      C non      minime      moyen      abondant

CONCLUSION : échographie gynécologique

*Sa amel*  
Dr. El Abbassi Bergam Hayat  
Gynécologue-Obstétricien  
31 Bd oum rabii, Gr Al firdaous  
(GH 25 A) oulfa Casablanca  
Tél./Fax: 05 22 90 11 01

SAMSUNG

Dr EL ABBASSI BE...

TIs 0.20 MI 0.86 04-12-2019

13:44:03

Adnexa EVN4-9 8.0cm 45Hz [2D] Gén Gn50 PD108 MI3 P90%



1 D 0.44 cm

2 D 1.36 cm

3 D 1.31 cm

Gel



4 D 0.37 cm

Dist