

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



ND: 317 48

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009516

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12688 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Med Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669162529 Total des frais engagés : 650 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SALAHI Youssay Ali  
Anesthésiste-Réanimateur  
Clinique Chandy - Casablanca  
Télé: 0522 36 74 05 / 0522 94 07 74  
INPE : 051123502

Date de consultation : 4/06/2020

Nom et prénom du malade : ZAHID SIDI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : CHN Le : 18/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009516

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **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
4/6/20	C2	1	250 Dr.	 SALIHI Anesthésiste-Réanimateur Clinique Abdellatif Benabdellah Casablanca Tel : 0522 36 74 05 / 0522 94 07 74 NPE : 091123562

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>YANDI</i> YANDI casablanca 0932366911	4/6/20	Jeudi	400

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

No 000989

Casablanca, le : 4/6/2020

Le Docteur

Prie M

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Ce + Honoraires

S'élevant à la somme de 250 + 400 Dhs.

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 0522 36 74 05/0522 16 69 11

**Docteur El Mehdi HISSANE**

Gynécologue - Obstétricien

Stérilité du couple

Assistance Médicale à la Procréation

(IAC/FIV/FIV-ICSI)

Chirurgie gynécologique

Echographie - Colposcopie

Coelioscopie - Hystéroskopie



**الدكتور المهدى حسان**

أمراض النساء والولادة

عقم الزوجين

المساعدة الطبية للإنجاب

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

الجراحة والتشخيص بالمنظار

**Demande à Mme. ZAHID SOPHIA Épouse LAFRAM**

**Prière de faire pratiquer :**

\*Un enregistrement du rythme cardiaque foetal associé à un Tocogramme

- le 04/06 / 2020 ----- 38 SA

**CLINIQUE GHANDI**  
53 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél. : 05223672 0522356911

**Docteur El Mehdi HISSANE**  
Gynécologue - Obstétricien  
Stérilité du Couple  
Résidence GHITA 11, Rue Ibnou Babek  
1er Etage Appt. 1 Racine - 20250 Casablanca  
Tél. : 05 22 95 04 39 - Fax : 05 22 39 60 45

**Docteur El Mehdi HISSANE**

Gynécologue - Obstétricien

Stérilité du couple

Assistance Médicale à la Procréation  
(IAC/FIV/FIV-ICSI)

Chirurgie gynécologique

Echographie - Colposcopie

Coelioscopie - Hystéroskopie



**الدكتور المهدى حسان**

أمراض النساء والولادة

عقم الزوجين

المساعدة الطبية للإنجاب

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

الجراحة والتشخيص بالمنظار

**Demande à Mme. ZAHID SOPHIA Épouse LAFRAM**

Césarienne programmée le 11/06/2020.

Prière de faire une consultation pré anesthésique.

Docteur El Mehdi HISSANE  
Gynécologue Obstétricien  
Stérilité du Couple  
Résidence Ghita 11, Rue Ibnou Babek  
1er Etage Appt. 1 Racine - 20250 Casablanca  
Tél. : 05 22 95 04 39 - Fax : 05 22 39 60 45

US QT 10/300s

200

180

160

140

120

100

80

60

04.06.2020

200

180

160

140

120

100

80

60

ZALI

or



12:51AM 04.04.44 1cm/min ☺

■ FMP  
15MP  
— 1000ext

100

80

60

40

20

kPa

01:00AM 04.04.44 1cm/min ☺

■ FMP 15%, 15%

100

80

60

40

20

kPa

01:10AM 04.04.44 1cm/min ☺

■ FMP 28%, 1

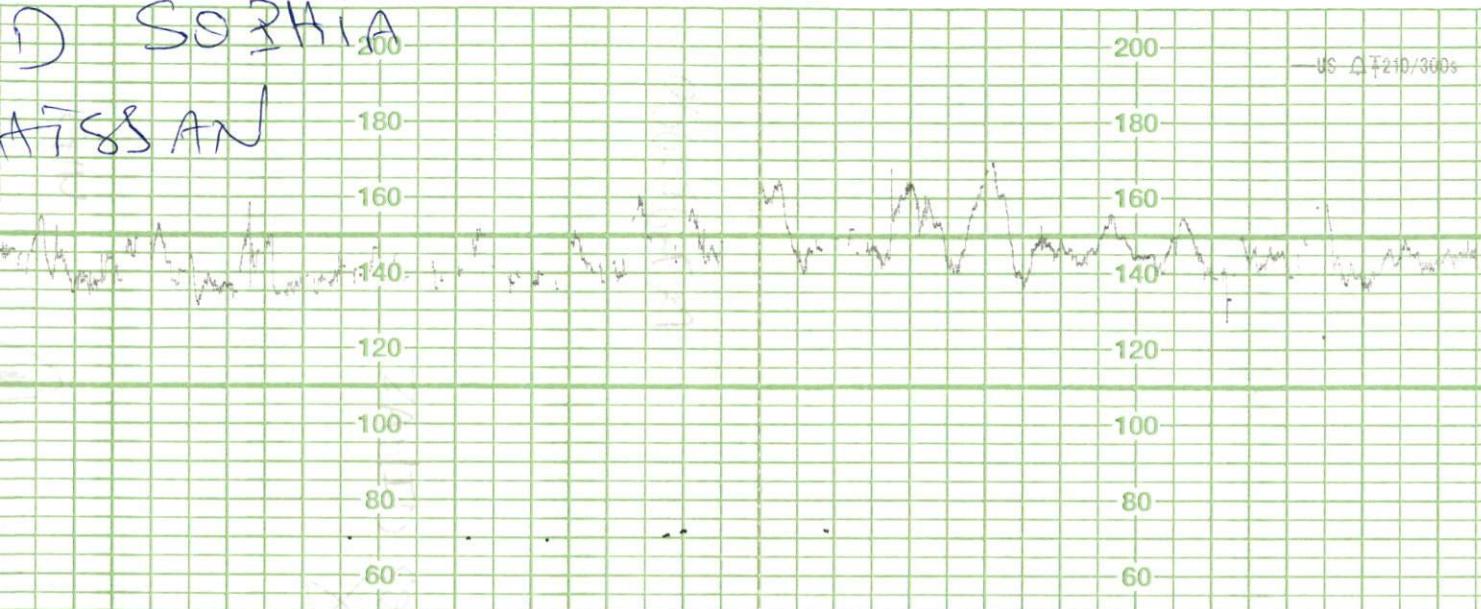
065

066

067

D SOPHIA

ATSS AN



n/min

(%)

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

100

10

8

6

4

2

0

20

kPa

01:20AM 04.04.44 tcf/min

TEMP 17%, (1%)

100

12

10

8

6

4

2

0

20

kPa

01:30AM 04.04.44

TEMP 14%

-1000ext

068

069