

# 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.

## rmacie :

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.

## entaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

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 caractéristiques personnelles.

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. : 0669762521 Total des frais engagés : 650 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 4 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : ZAHID Sghoul 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 : Casablanca Le : 18 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

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 :



# RELEVÉ 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	230	Dr. SALAH EL KHAYAT Anesthésiste - Radiologue Clinique EL HANDI - Casablanca Tél : 0522 36 74 05 / 0522 94 07 74 NPE : 091123562

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	4/6/20	Stomato	400

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

# RELEVÉ 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
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 0522 3674 05 / 0522 3669 11

D. Solofi / Hissou

Prie M

2 min Solofi

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

C2 + HONORIF RING

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

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 0522 3674 05 / 0522 3669 11



**Docteur El Mehdi HISSANE**

**Gynécologue - Obstétricien**  
**Stérilité du couple**

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

**Chirurgie gynécologique**

**Echographie - Colposcopie**

**Coelioscopie - Hystéroscopie**



**الدكتور المهدي 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

**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

**CLINIQUE GHANDI**  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. : 05 22 36 74 05 / 05 22 36 69 11

Résidence GHITA, 11 Rue Ibnou Babek,  
1er Etage Près de la Clinique les IRIS  
Racine 20250 - Casablanca

Tél. : +212 522 95 04 39  
: +212 522 94 29 45

secretariat@docteurhissane.ma  
www.docteurhissane.ma

**Docteur El Mehdi HISSANE**

**Gynécologue - Obstétricien**

**Stérilité du couple**

**Assistance Médicale à la Procréation**

**(IAC/FIV/FIV-ICSI)**

**Chirurgie gynécologique**

**Echographie - Colposcopie**

**Coelioscopie - Hystéroscopie**



**الدكتور المهدي 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 84 39 - Fax : 05 22 39 60 45

US 10/300s

200

180

160

140

120

100

80

60

04.06.2020

2A11

180

160

140

120

100

80

60

12:51AM 04.04.44 1cm/min

FMP  
TOCext

12

10

8

6

4

2

0

kPa

100

80

60

40

20

0

01:00AM 04.04.44 1cm/min

FMP 15%, 15%

12

10

8

6

2

0

kPa

100

80

60

40

20

0

01:10AM 04.04.44 1cm/min

FMP 24%, 15%

12

10

8

6

2

0

kPa

100

80

60

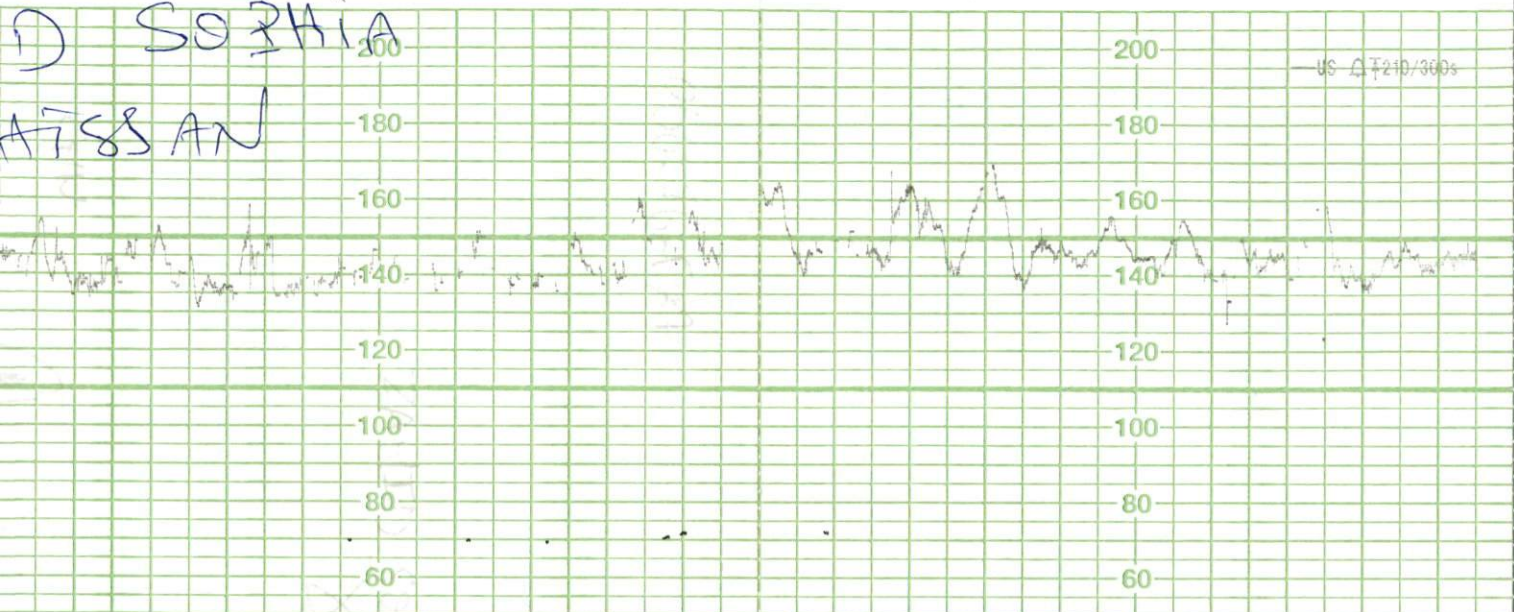
40

20

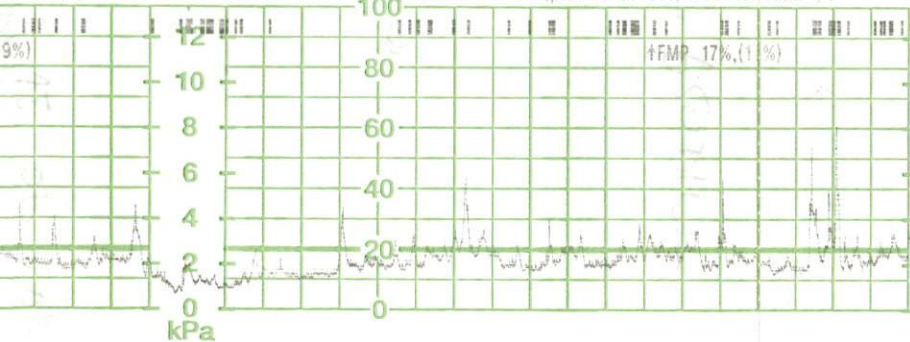
0



D SOFIA  
ATSSAN

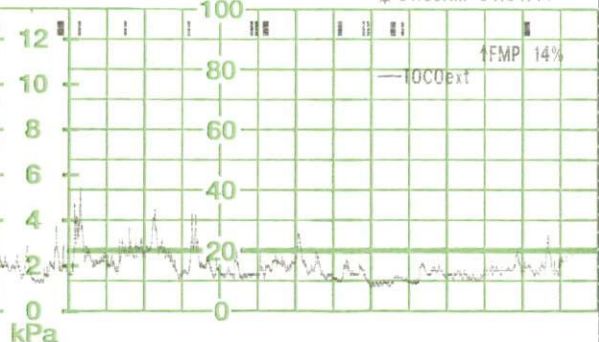


n/min ☆ 01:20AM 04.04.44 tcl/min ☆



008

☆ 01:30AM 04.04.44



009