

# 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.

## Biologie 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.

## 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.

## 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

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9055

Société : RAC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OTOKABBI

otokhamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet Dr. KAMAL EL MOUATAG  
Gynécologue Obstétricien  
Résidence El Hamdi Bd. Mohamed  
Mohammed  
Tel: 05 23 32 64 64 / INPE 09102932

Date de consultation :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13 SEP 2020

## 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
13 JUIL 2010	CS		200,00	 Dr. KAMAL Colonne Hamda Mohamed El Hamda Mohamad 0523 32 64 64

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CIN	2021	69029264

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07 JUIL 2010	Esto pel	2010
	04/07/10	Esto pel	27010

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 radioographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

## [Création, remont, adjonction]

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

## FIN D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



## ECHOGRAPHIE

Nom: *KARIM*  
Prénom: *Hakima*  
Indication:

Date :  
DDR:

15 JUIL. 2020

### UTÉRUS :

\* Taille :

- Longueur :
  - Largeur :
  - Epaisseur :
- ) *mal*  
*abouer*  
*spine*

\* Contour :

\* Situation :

\* Myomètre :

*myome*  
*fine*

### ENDOMÈTRE :

- Ligne de vacuité :

) *mal*  
*fine*

### LES ANNEXES :

- Ovaire Droit :
- Ovaire Gauche :

) *mal*  
*fine*

### LE CDS DE DOUGLAS :

*échs mal*

### CONCLUSION :

Professeur KAMAL EL MOUATACIM  
\* Gynécologue Obstétricien \*  
Résidence El Hamd / Bd. Mohamed V  
Residence El Hamd / Bd. Mohamed V  
Mohammedia INPE: 091029264  
Tel: 05 23 32 64 64



# *Laboratoire de Pathologie Alaoui*

*Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste*

Casablanca le: 14/07/2020

Facture N° 200476414  
ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 270,00 DH

DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS  
concernant les analyses exécutées le 14/07/2020  
Pour MME KARAMI HAKIMA  
Sur ordonnance du DR: EL MOUATACIM K.

GA

KARAmi Hakima.

ELMOAISIN

## *Laboratoire de Pathologie Alaoui*

*Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste*

## Demande d'examen

**Demande d'examen**

Professeur KAMALEL KHAACHA  
Gynécologue Obstétricien  
Résidence El Hamd. Bd. Mohamed V  
Mohammedia 16332 64-64-1-INPE 091029264  
Signature: *K. Khaacha*

De la part du Dr.

**Nom et Prénom du Patient**

Age

Date du prélèvement

## Référence

## Renseignements cliniques et paracliniques

### Siège du prélèvement

#### Nature de l'acte réalisé

#### Thérapeutique préalablement instituée

## Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :  Oui

Si oui, rappeler la référence. SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :



310, Rue Omar Riffi Tél.: 05 22 44 51 00 - Fax : 05 22 44 52 30  
Patente nº 34306984 - Casablanca

