

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie M23-013330

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11060 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KARROUM IMANE 165820
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0665122715 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0013330

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

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

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

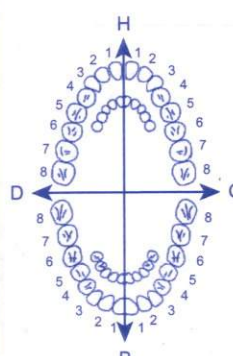
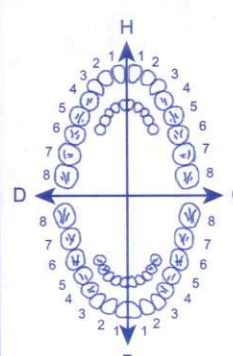
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 Aïal Ben Abdellah - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakh et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Hotel
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 27 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-658646

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11060 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : KARROUM IMANE

Date de naissance : 9, rue Imam el haramain quartier

Adresse : Mâaïf Casa

Tél : 06 65 12 27 15 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. A. S. EL H. GYNÉCOLOGUE ACCOUCHEUR Diplômé de Paris V 39, Rue Omar el Mouhamed el Ouali Casablanca

Date de consultation : 14, 5 2023

Nom et prénom du malade : KARROUM Imane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Gynécologique

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 : CAS A

Le : 15, 06, 2023

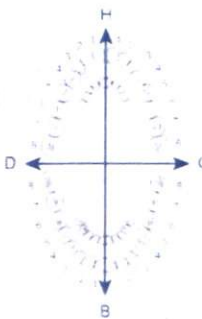
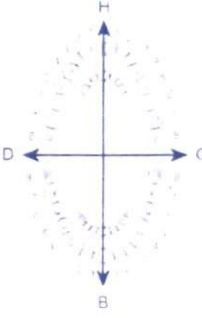
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
16/5/23	G Es		200,- 200,-	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacie ou du Laboratoire	Montant de la Facture
Mme BENNIS Zineb PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR 63-65 Bd. Yacoub El Mansour Tél: 0522 25 52 04 - Casablanca 092057272	Date: 16/05/2023 Montant: 189,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES										
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.										
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement parodontaux ainsi que le bilan d'occlusion.										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX: [] MONTANTS DES SOINS: [] DEBUT D'EXECUTION: [] FIN D'EXECUTION: []						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		D	G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX: []	
	H									
	D	G								
	B									
	(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel - thérapeutique - esthétique - la prothèse		MONTANTS DES SOINS: []							
			DATE DU DEVIS: []							
			DATE DE L'EXECUTION: []							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة التوليد وأمراض النساء Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 16/05/2023

KARROUM IMANE

- 84.90
- Duphaston 10 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin, soir

- 79.90
- KALMAGAZ TRANSIT
2 comprimés, matin, soir

• Zyrdel

1 ou le soir & le jour

2500

189.80

Dr. A. BERRANNOUN
Généraliste

Signature of Dr. A. BERRANNOUN
Casablanca 47.29.5

Mme. BENNIS Zineb
PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
63 - 65 Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 52 04 - Casablanca

ZYRDOLGyn® 500 mg 10 Ovules

RPV 25DH00

EXP 06/2025
LOT 22039 3

veerweg 12 - 6121...ays-Bas



6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 RPV : 84DH00

1125512

LOT : 230038
per : 01\2026
PPC : 79,90dfr

KALMAGAS®
Transit

عيادة التوليد وأمراض النساء
Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو
Dr. Najib OUAJJOU

الدكتور عبد الجواد برنون
Dr. A. BERRANNOUN

Note d'honoraires N° : 262 .

A la suite de la consultation du 16-05-2023.

Dr. A. BERRANNOUN, médecin spécialiste présente à M^{me} KARROUM Imane

Domicilié(e)

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme
de : 300,00 Dhs, réglée : ☒ Espèces, ☐ Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca, le 19-06-2023

Dr. A. BERRANNOUN
Gynécologue Accoucheur
Diplômé de Paris V
39, Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél: 0522 47 29 57 / 0522 47 29 57

39, زنفة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 05 22 47 29 57 / 05 22 40 70 / 05 22 47 29 57
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 40 70/ 05 22 47 29 57

INPE : 091033282

INPE : ~~091033282~~

E-mail : drsnoab@gmail.com

Patente : 34200818 - IF : 1051255 - ICE : 001653085000091 - CNSS : 4498269

عيادة التوليد وأمراض النساء Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون
Dr. A. BERRANNOUN

ECHOGRAPHIE



NOM : M- KARROUM
PRENOM : Ymène
DATE : 16-05-2023

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM: M-KARROUM Imane

AGE:

DDR:

TECHNIQUE:

INDICATION:

UTERUS:

Position: Retroversée

Taille:

Long.: _____ Larg.: _____ Antéro-postérieur: _____

Contours: Réguliers

Echostructure: Intermédiaire Admoyenne

Endomètre: fm

CAVITE UTERINE:

OVAIRE DROIT:

Echostructure: NG

CFA:

Taille: _____

OVAIRE GAUCHE:

Echostructure: NG

CFA:

Taille: _____

DOUGLAS:

CONCLUSION:

Dr. A. BERRAHOUDJ
Gynécologue-Accoucheur
Diplômé de l'Ordre des Médecins V
39, Rue Omar el-Khatib Casablanca
Tél.: 0522.29.40.70-0522.47.29.5

