

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie M23-013330

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

- 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 à caractère personnel.

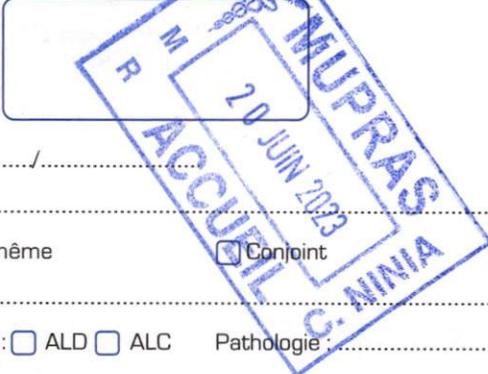
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11060 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : KARRAM 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.
 Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

VOLET ADHERENT

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

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

- Reclamation : 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Faky et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Hotel
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 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 Smam el haramain quartier
 Adresse : Mâaïf casa
 Tél. : 0665122715 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. A. S. ...
 Gynécologue Accoucheur
 Diplômé de Paris V
 39, Rue Omar el Moulay Casablanca
 Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS CASABLANCA 2003 ACCUSEIL]
 Date de consultation : 14, 5 2013
 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 : CASABLANCA Le : 15, 06, 2013
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

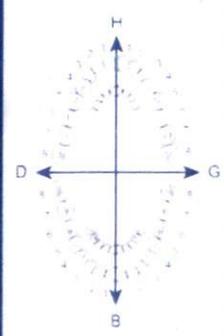
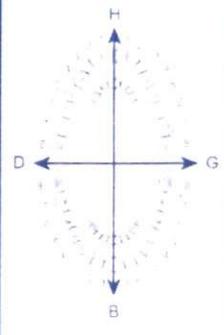
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/05/23	G Eos		200,- 200,-	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur ou du Fabricant	Date	Montant de la Facture
[Signature]	16/05/2023	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 détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prie de préciser la dent traitée. L'acte pratique en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement parodontaux lorsque applicable.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MOYENS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H				D		G		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H															
	D		G													
	B															
	(Creation, remont, adjonction) <small>(dent mobile, thérapeutique, temporaire ou permanente)</small>															
				MOYENS DES SOINS <input type="text"/>												
				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													

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

Zyndel

1 ou le soir & le jour

2500

189.80

Dr. A. BERRANNOUN
Généraliste

Casablanca
47.29.5

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

ZYRDOL^{Gyn}® 500 mg 10 Ovules

RPV 25DH00

EXP 06/2025
LOT 22039 3

veerweg 12 - 01 - ... - ... - 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 ; 79,90dth

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 16.05.2013.

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 19.06.2013

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

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 : Ymca.e.
DATE : 16.05.2023

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM: *M-KARROUM Imane*

AGE :

DDR :

TECHNIQUE :

INDICATION :

UTERUS :

Position : *Reverso*

Taille :

Long. : Larg. : Antéro-postérieur :

Contours : *Régulier*

Echostructure : *Tu² enofu Admoyonif*

Endomètre : *fn*

CAVITE UTERINE :

.....

OVAIRE DROIT :

Echostructure : *NG*

CFA :

Taille :

OVAIRE GAUCHE :

Echostructure : *NG*

CFA :

Taille :

DOUGLAS :

.....

CONCLUSION :

.....
.....

Dr. A. BENRAHJOUN
Gynécologue & Accoucheur
Diplôme de Spécialité
39, Rue Omar el Khaïr, Casablanca
Tél.: 0522.29.40.70-0522.47.29.51

