

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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-794951

472584

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.632 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOSLEH SALMA

Date de naissance : 02/12/88

Adresse : la perle de nouacer 2 JMG APP 10 NOUACER

Tél. : 0662051483 Total des frais engagés : 420,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEBBAR Med EL GHAN
Gynécologie - Infertilité
Obstétrique - FIV - ICSI
38, Bd Bir Anzarane Maarif Casa
Tél: 0522 25 35 31/39

Date de consultation : 27/06/2023

Nom et prénom du malade : MOSLEH Salma 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 : 10 / 08 / 2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
21/06/23	C		3.000,00	INP : 0910935291 Dr. LEBBAR Med EL GHALI Gynécologie - Infertilité Obstétrique FIV-IGSI 10000 Maaré Cas

INF: 091093529
Dr. LEBBAR Med EL GHAL
Gynécologie - Infertilité
Obstétrique FIV-ICSI
38, Bd Bel Anzarane Maarif Cas
Tél: 0522 25 35 31 39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.06.23	123.70

[illegible]

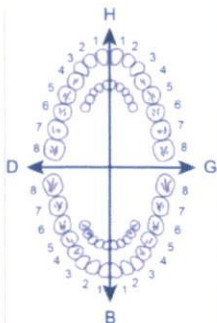
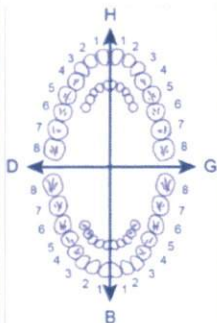
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et coelioscopique

Cœlioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس و أميان (فرنسا)

• جراحة الجهاز التناسلي و الجراحة بالمنظار

أمراض التدي

• أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنجاب

Casablanca le 07/06/2023

M^{me} MOULEH SALMA

1) SPECTRUM 9300

1 - 0 - 1

(06j)

39,70

2)

FUCIDINE crème

1 Application Matin et Soir

(06j)

32,50

3)

DIPRODOLNE crème

1 Application Matin et Soir (Pruit)

51,50

4)

MIKOPEN

1 ovule le soir

(1)

Dr. LEBBAR Mohamed EL GHALI
Gynécologie - Infertilité
Obstétrique - FIV- ICSI
38, Bd Bir Anzarane Maârif Casa
Tél: 0522 25 35 31-39

العيادة: إقامة النور، شارع بثرانزان • الدار البيضاء

Cabinet: Rés. Ennour - 38, Bd. Biranzarane - Maârif

5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca

Tél.: 05 22 25 35 31 / 39 • الهاتف • Fax: 05 22 25 35 39

Gsm: 06 61 38 49 58 • المحمول • ICE: 001687653000089

En cas d'urgence

في حالة إستعجال



T. 123,70

Mikopen[®]

Nitrate de Miconazole 1200 mg

Composition en substance active :
Nitrate de Miconazole 1200 mg pour 1 ovule.

Forme pharmaceutique et contenu :
Boîte de 1 ovule.

Mode et voie d'administration :
Uniquement par voie vaginale.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mise en garde spéciale :
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver à une température inférieure à 25°C.

ميكوبين[®]

بيوتات الميكونازول 1200 مع

المواد الفعالة :
كيسولة تحتوي على 1200 مع من نيترات الميكونازول.

الشكل :
كيسولة مهبلية واحدة.

طريقة الإستعمال :
عن طريق المهبل فقط.
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل الإستعمال.

لا تحلّل
برجّة مئوية.

DIPROSONE 0,05 %
crème ○



6 118000 050216

د 0,05 % كريم

LOT : 152
PER : AUT 2025
PPV : 32 DH 50



للدهن فقط

مستحضر
البروتين 15 %