

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0030899

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1841 Société : RAM 190565
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOULIM ZOHRA
 Date de naissance : 15.01.1985
 Adresse : H 264 LOT ELWACHA DEROUA
 Tél. : 0661746288 Total des frais engagés : -617,00 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOUSSAID Ihsane
 Professeur d'Enseignement Supérieur
 En Anesthésie Réanimation
 INDE 051142636

Date de consultation : 04/12/2023
 Nom et prénom du malade : MOULIM ZOHRA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Consultation pré-méthory
 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 : 14/12/2023 Le : 14/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) : Moulim Zohra


PP4FR05/V2/20-10-2023

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
04 12 14-12-2023	G (CPA)	/	309 G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-12-2023	347,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

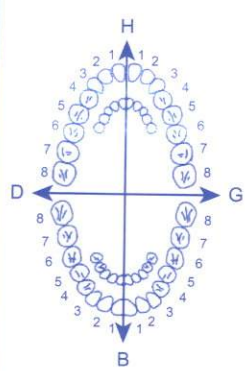
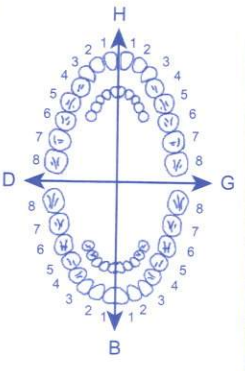
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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"> <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		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



مصحة الزهور CLINIQUE LES FLEURS

Gynécologie - Obstétrique - Maternité - Maladie du sein et Chirurgie Mammaire
Chirurgie Générale - Urologie - Chirurgie Endoscopique (Coelio - chirurgie, Hystérocopie ...)
Centre de Procréation Médicalement Assistée (Fiv - Stérilité ...)

16, Rue des Hôpitaux - 20360 CASABLANCA

CNSS 4791868 - Patente 36366791 - ICE: 003158574000029 - IF 53719645 - RC 578757

Tél: 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90 - URGENCE : 05 22 27 80 63 - Fax : 05 22 29 94 47

Direction : 06 61 05 53 34 - Administration : 06 61 09 39 80 - Sage femme : 06 61 11 35 54

Email : cliniquelesfleurs@yahoo.fr

Permanence



Docteur

Casablanca, Le

14/12/2023



Di-INDO[®] 50^{mg} / 15 comprimés effervescent

PPV 58DH00
EXP 05/2026
LOT 35022 2

COPARANTAL[®]
400 mg / 20 mg

PPV 25DH20
EXP 10/2024
LOT 16009 5

LevAmex[®] 19^{mg} / 12 comprimés effervescent

PPV 134DH80
LOT 1D0706
EXP 10/2024

LOT: 230852
DLUO: 10/2026
99,00DH

Ateliers Deva Pharmaceutique
OUAJDI Pharmacien Responsable

25,20

58,00

99,00

134,80

Coparantal

Di-Indo 50

LevAmex 19

LevAmex 19

19 + 26 x 6

Pharmacie Avicenne
16, Rue des Hôpitaux - 20360 CASABLANCA
Tél: 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90
Fax: 05 22 29 94 47

TTL = 317,00

Professeur Mohamed NOUN

Gynécologue - Obstétricien
Ex-enseignant à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - ACCOUCHEMENT
CHIRURGIE DES CANCERS - MALADIES DU SEIN
STÉRILITÉ DU COUPLE - ENDOSCOPIE
ECHOGRAPHIE



الدكتور محمد نون

أستاذ أخصائي في أمراض النساء و التوليد
أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
جراحة أمراض النساء - الولادة - جراحة الثدي
جراحة السرطان - الفحص و الجراحة بالمنظار
العقم - الفحص بالصدى

Casablanca, le 04 DEC. 2023

D^r. MOULIM
Zohra

Consultation pré
anesthésique.

Professeur Mohamed NOUN
Gynécologie - Obstétrique
40, Rue des Hôpitaux Rés. Les Roseaux
Tél: 0522 22 29 30 - Fax: 0522 27 41 03