

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° W19-415802

ND: 33390

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12547 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FOULANT Kabil

Date de naissance : 09/02/1985

Adresse : RES LES CHAMPS 04 ETG 3 Appt 8126 ENNASSIM - CASABLANCA

Tél. : 06 61 16 69 37 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ENNASSER MORJEM Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 11 / 06 / 2020

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
11/06/2020	CS	200813		INP : 051083503

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/2020	90.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Echut Peluie	11/06/2020		300802

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 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	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"> <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

Docteur Bouchra KARAoui

Gynécologue - Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris

Stérilité du couple - accouchement

chirurgie gynécologique - Coelioschirurgie

maladie du sein - Echographie



الدكتورة بشرى قراوي

إختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ملحقطة وطبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

عقم الزوجين - الولادة

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

Casablanca, Le 10 JUIN 2020 الدار البيضاء في

7 Enfant sans danger

90,80
① Duphaston 10



1x 21



Dr. KARAoui Bouchra
Gynécologue Obstétricienne
22, Bd. Omar El Khayam
Tél: 05 22 36 69 00 / 06 66 19 12 30 - Fax : 05 22 36 68 99 - En Cas d'Urgences Contacter Clinique Ghandi au : 05 22 94 07 70/05 22 36 74 05

Docteur Bouchra KARAoui

Gynécologue - Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris



الدكتورة بشرى قراوي

إختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ملحقة وطبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Stérilité du couple - accouchement

chirurgie gynécologique - Coelochirurgie

maladie du sein - Echographie

عقم الزوجين - الولادة

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

Casablanca, Le 11/06/2012 في الدار البيضاء

FACTURE N° 0000049

Nom et Prénom : ENNASSE Nerya

Examen : As @ echographie pelvienne

Effectué le : 11/06/2012

du Prix de : 500,000

Arrêtée la Présente Facture à la somme de : 500,000
dinars

Mode de Paiement :

Chèque ☐

Espèces ☒

22, شارع عمر الخيام، الطابق الثاني، إقامة فاطمة الزهراء، بوسيجور - الدار البيضاء
22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatim-Zohra - Beauséjour - CASA
Tél. : 05 22 36 69 00 / 06 66 19 12 30 - Fax : 05 22 36 68 99
En Cas d'Urgences Contacter Clinique Ghandi au : 05 22 94 07 74/05 22 36 74 05
I.N.P. N° 091083303 - I.F. N° 51102247 - I.C.E. N° 001712697000088

Docteur Bouchra KARAOUI
Gynécologue – Obstétricienne
22 Bd, Omar Al khayam, 2^{ème} Etage
Lauréat de la faculté de médecine de PARIS V
Résidence Fatim Zahra - Beauséjour
Ex attachée et interne des hôpitaux de PARIS
Tél. : 05 22 36 69 00 – Fax : 05 22 36 68 99

CASABLANCA LE 11/06/20

MADAME ENNASSER MERYEM

ECHOGRAPHIE PELVIENNE PAR VOIE ABDOMINALE ET VAGINALE

- Utérus antéversé, de contours réguliers, mesurant 34 mm de diamètre antéro-postérieur, d'échostructure homogène
- La muqueuse utérine est normale et mesure 8 mm .
- Les ovaires sont dystrophiques
- Pas d'épanchement pelvien, ni de masse latéro - utérine.

CONCLUSION : DYSTROPHIE OVARIENNE BILATERALE

Dr. KARAOUI Bouchra
Gynécologue Obstétricienne
22, Bd. Omar El Khayam
Tél: 05 22 36 69 00 - Fax: 05 22 36 68 99