

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

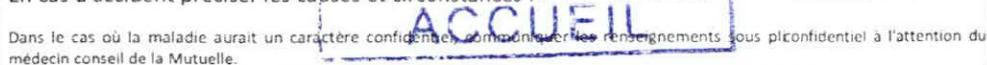
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique |
| (15475) | | |
| Matricule : | Code réservé à l'adhérent (e) | Société : |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : SADOK AHMED | | |
| Date de naissance : | | |
| Adresse : | | |
| Tél. : | Total des frais engagés : | 124,50 Dhs |

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin DR. A. BERRANOUN Gynécologue Accoucheur Diplômé de Paris V 39, Rue Omar Slaoui Casablanca Tél : 0522.29.40.70-0522.47.29.5 | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : | 6.5.2018 | Age : |
| Nom et prénom du malade : | M. BELAÏD MUPRAS | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | Dental | |
| 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.

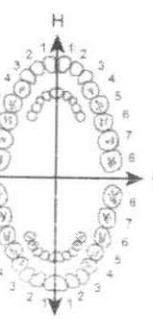
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

| RELEVE 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 |
| 30/10/19 | Co + Échog | | 200,- 300,- | INP : 091033228 Dr. A.BERRAMOUN Obstétricien Accoucheur de Paris V Casablanca 729.5 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>29/05/2011</i> | <i>30/05/2011</i> | <i>1041,50</i> |
| <i>Dipl. Omar Sia</i> | | |
| | <i>29 Rue Omar Sia</i> | |
| | <i>29 0522 29 40.70.052</i> | |
| | <i>Tel:</i> | |

| ANALYSES - RADIOPHARIES | | | |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| 07/07/2020 E. PELLERIN +  | | | 670,00 DH |

| RELEVE 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 | 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 PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>26533412</td> <td>21433562</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>B</td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | G | 26533412 | 21433562 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 26533412 | 21433562 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

عيادة التوليد وأمراض النساء

1 Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو

Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون

Dr. A. BERRANNOUN

ZYRDOL.G

PPV 25DH00

Lot : 190381
À consommer de
préférence avant le : 06/2022
PPC : 79,50 DH

30 Dec 2019

9e BECKHAYAT Seline

25, w

1 Zyrdal

S.V

79,50

100 mg le mat & le so

2 Carbosorb

SI

1 pdr 25g x 30g

No 4,50

صيدلية ابن تيمية
PHARMACIE IBN TAIMIA
FOUILLOUS Abderrahim
Doyeur en Pharmacie
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
Casablanca
Tel 0522 33 52 25

Dr. A.BER.
Gynécologue Accoucheur
Diplômé de Paris
14 Rue Omar Slaoui
Casablanca

عيادة التوليد وأمراض النساء

Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجود برنون
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 30.12.2019

M- BEKKAYAT Salma

Echo + Dynamoprint

- سط قذالي

- Colle Neo du col



Dr. A.BERRANNOUN

Gynécologue Accoucheur

Diplômé de Paris V

39, Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél.: 0522.29.40.70-0522.47.29.57

CASA LE 30/12/2019

DR 00/GJOU/D BERRANNOUR

Tib 0.2 GYN
MI 0.9 8 0cm / 1.3

180 / 211Hz
Routine HI
TRUSS 11.80 2.50
AO 100%
LG/M
TE/1
111/1

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM: M. BELKHAYAT Salima AGE:

DDR:

TECHNIQUE:

INDICATION:

UTERUS:

Position: retroverse

Taille :

Long.: Larg.: Antéro-postérieur:

Contours : réguliers

Echostructure: homogène +/- hypoéchogène

Endomètre : +/- mm avec petite hystérose

CAVITE UTERINE:

OVAIRE DROIT:

Echostructure: N

CFA:

Taille :

OVAIRE GAUCHE:

Echostructure: N

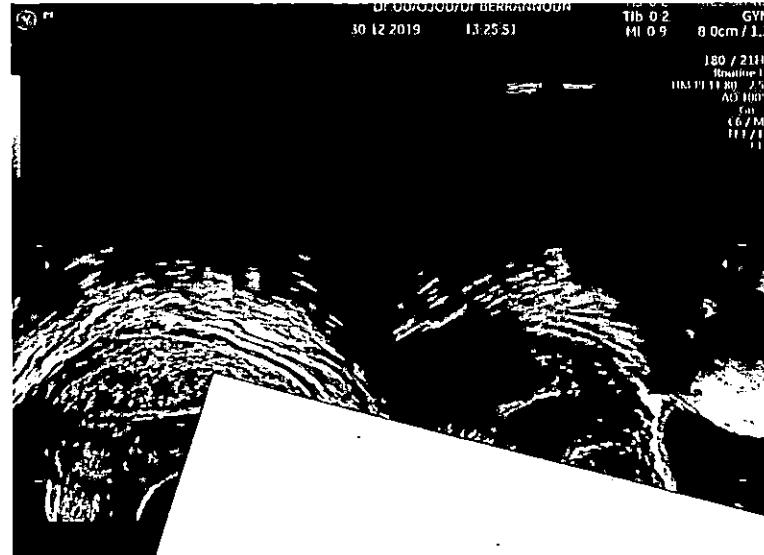
CFA:

Taille :

DOUGLAS:

Epaisseur de 2,5 cm

CONCLUSION: Satisfaisant



Dr. A. BERRANNOUR
Gynécologue Accoucheur
Diplômé des Paris V
39 Rue Omer-Saïoui Casablanca
tel: 0522.29.40.70-0522.47.29.5

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 07/01/20

MME BELKHAYAT ABOU OMAR SALIMA

DR.
MAMMOGRAPHIE ET
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Absence d'opacité anormale ni de foyer de micro calcifications suspectes.

Absence d'épaississement du revêtement cutané.

Prolongements axillaires sans anomalies.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

ne retrouve pas de lacune pathologique tissulaire ou kystique au niveau des seins.

CONCLUSION:

Mammographie et échographie mammaire ne révélant pas de lésion suspecte.

DR

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-29-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 831536 N° SEJOUR : 200000908

FACTURE N° 2003000298

DATE D'ENTREE : 07/01/2020 DATE DE SORTIE : 07/01/2020

ASSURE :

MALADE : BELKHAYAT ABOU OMAR, Salima

UF: 5003 RADIOLOGIE

DESTINATAIRE :

NOM JEUNE FILLE :

BELKHAYAT ABOU OMAR, Salima

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

REF. PC 1: REF. PC 2:

| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
|----------------------|---------------|------------------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| ACTES DE RADIOLOGIE | | | | | | | | | 0.00 | 200.00 |
| ECHOGRAPHIE | ECHOGR | 1.00 | 200.00 | 200.00 | | | | | 0.00 | 200.00 |
| MAMMOGRAPHIE | MAMMO | 1.00 | 410.00 | 410.00 | | | | | 0.00 | 410.00 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : 46087 DR KCHIOUCHA OUFAE | TOTAUX : | 610.00 | | | | | | | | 610.00 |
|--|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 610.00 AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 07/01/2020

EDITEE LE : 07/01/2020

PAR: ZARIA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

BANQUE : BMCE - INARA

N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91

عيادة التوليد وأمراض النساء
Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو
Dr. Najib OUAJJOU

الدكتور عبد الجواد برنون
Dr. A. BERRANOUN

Note d'honoraires N° : 92.

A la suite de la consultation du 30.12.19

Dr A. BERRANOUN, Médecin spécialiste présente à M
BELKHAYAT Salima

Domicilié(e)

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme
de : 3000,00 Dhs, réglée : Espèces, Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca, le 30.12.19
Dr. A. BERRANOUN
Gynécologue Accoucheur
Diplômé de Paris V
39, Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél.: 0522 29 40 70 - 0522 47 29 57

05 22 47 29 57 05/ 22 29 40 70 زفة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف :
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 40 70/ 05 22 47 29 57
INPE : 091033282 INPE : 091116160

E-mail : drsnoab@gmail.com

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