

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge 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 : 7258

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA, AYADIA SIT

Date de naissance : 01/01/69

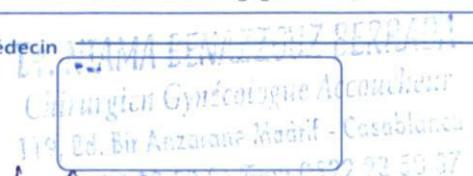
Adresse : 121 F 5 DD DAN BOA AZZA A

Télé. : 266137032

Total des frais engagés : 588,81 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/21

Nom et prénom du malade : Alooui M'hamed Ghazlane

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gonorrhée prothétique

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 : 17/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/07/21



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
<i>M 26/06/21</i>	<i>6</i>	<i>200</i>	<i>200</i>	INP : <i>091081882</i> <i>Centre de Santé et de Recherche Médicale Casablanca</i> <i>CS22 22 33 11</i>
<i>Bilal</i>	<i>ma</i>	<i>300.</i>		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN BAY Sarl Au Route d'Azemmour Km 15 Daï Doudouza Casablanca Tél: 05 22 29 08 20 C: 399369 - T.P: 32950411</i>	<i>17/06/21</i>	<i>88.80</i>

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

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

DIFFERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
	SOINS DENTAIRES <input type="checkbox"/> Dents Traitées <input type="checkbox"/> Nature des Soins <input type="checkbox"/> 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"/>														
		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"/>														
ODF PROTHESES DENTAIRES 																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>																

Dr. Niâma BENAZZOZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité
 Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie
 Echographie Doppler - Médecine Foetale
 Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie
 Hystéroskopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
 Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Île-de-France



الدكتورة نعمة بنعزوز براادة

اختصاصية في

الولادة - أمراض و جراحة النساء - العقم
 أمراض الثدي و فم الرحم - الجراحة النسائية
 التنظير الداخلي - التشخيص بالصدى
 الأمراض الجنسية
 خريجة كلية الطب بباريس
 طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

17 JUIN 2021

سماء ألاعيب مهمني

أنيزفان

PHARMACIE LES JARDINS
 DE L'OCEAN BAY Sari Au
 Route d'Azemmour Km 15
 Dar Bouazza - Casablanca
 Tél : 05 22 29 08 29
 RC : 399369 - T.P. : 32960411

UTROGESTAN 200 mg.

15 CAPSULES
 323 275.1
 P.P.V. : 88DH80
 Distribué par Promopharm S.A.

900433

① Acfeel 5mg

88.80

2cp | Matin | 1 mois

② utrogestan 200

8cp Matin | 1 mois
 2cp Soir

| intra vaginal N

③ Megafem 160

1 cp x 2 | 1 mois

④ Biomastial

1cp x 2 | 1 mois

⑤ Matervit

1cp x 2 | 1 mois

Dr. NIAMA BENAZZOZ BERRADA
 chirurgien Gynécologue Accoucheur

119, Bd. Bir Anzarane Moudir - Casablanca
 Tel: 05 22 23 50 86 / 05 22 23 50 87

06 61 93 99 33 - الشهادات: 05 22 23 50 86 - الفاكس: 05 22 23 50 87 - شارع بشر إيزران - إقامة رمزي "ب" الطابق الثالث الهاتف:

119, Bd Bir Anzarane Résidence RAMZI «B» 3eme étage - Tél.: 05 22 23 50 86 - Fax : 05 22 23 50 87 - Urgences : 06 61 93 99 33

E-mail : bbniamma@yahoo.fr

Dr. Niâma BENAZZOUZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité
Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie
Echographie Doppler - Médecine Foetale
Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie
Hystéroscopie
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris



المكتورة نعمة بنعزوز براطة

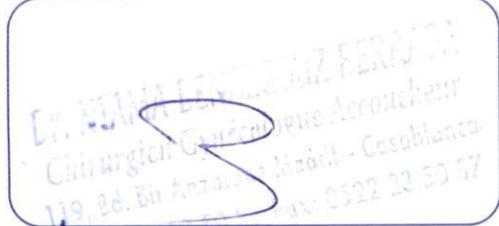
هي

الولادة - أمراض و جراحة النساء - العقم
أمراض التهاب و فقر الرحم - الجراحة النسائية
التنظير الهرجي - التشخيص بالصورة
الأمراض الجنسية
خريجة كلية الطب بباريس

Cachet médecin

Ordonnance

Contra le 17/06/21 في



Note d'Honoraire

Nom : Alaa M'hamed

Prénom : Ghizlane

Epouse :

Date de Naissance :

Consultation gynécologique :

Echographie pelvienne et / ou obstétricale : 350 مص

Arrêtée la présente facture à la somme de : 500



Dr. Niâma BENZZOUZ BERRADA

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique

Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Ville de France

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage
Tél. 05 22 23 50 86 - Fax 05 22 23 50 87 - Urgences 06 61 93 99 3
E-mail: bniama@hotmail.com

DR. NIAMA BENZZOUZ BERRADA ECHOTOMOGRAPHIES PELVIENNES

Chirurgien Gynécologue Accoucheur
119, Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca
Tél. 0522 23 50 86 - Fax 0522 23 50 87

N°

Date :

Nom :

Adressé par le Docteur

Pour :

AL AOUI MHAMDI

Prénom

GHTLANE Age : 02-01-1982

Pare 2

Geste 3

D.R.N.

TT

ATCD :

7SA

COMPTE - RENDU

Uterus

(1) Position :

Laterodéviation
Version et flexion

vers le bas
version et flexion

(2) Forme et taille de l'utérus

Longueur
Largeur
Epaisseur

7F

(3) Echostructure utérine

Myomètre
Cavité utérine
Col utérin

grossesse aux effets cestikw

Ue = 8 mm

Ar

+

bours v. Totale Portale

Vagin
Trompes
Ovaires

7SA
Mhamdi

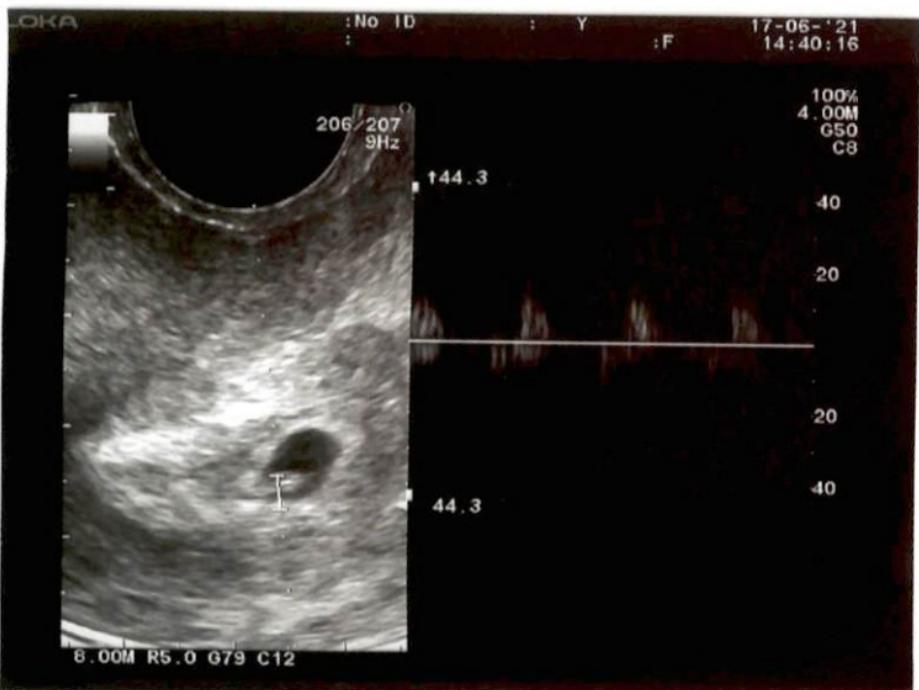
hors œufs

- grossesse aux effets cestikw

- fibrométrie en rapport avec l'âge

- bons v. Totale Portale

DR. NIAMA BENZZOUZ BERRADA
Chirurgien Gynécologue Accoucheur
119, Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca
Tél. 0522 23 50 86 - Fax 0522 23 50 87



LOKA

: No ID

: Y

17-06-'21
14:42:13

176/177
9Hz

100%
4.00M
G50
C8

↑44.3

40

20

20

40

44.3

8.00M R7.0 G79 C12

S V - 3

LOKA

: No ID

: Y

17-06-'21
14:41:32

155/160
46Hz

95%

95%

1015/1016
46Hz

4Dist: 24.4mm 9 C12

8.00M R7.0 G79 C12

end-point