

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-564642

130622

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12513 Société : RAD

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALAHDDINE NARIAN

Date de naissance : 16/03/1986

Adresse : OASIS 1 QUAI IMAGINE ROC

Tél. : 0614494038 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 SEPT 2022

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ASSIS - Casablanca Tél : 05 22 99 27 54	02-9-2022	625,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	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			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G <input type="text"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="text"/>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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



Women's Center

Ordonnance

02 SEPT 2022

Time SALEH DDINE Marism

168,20 - Augmentin 5g Sachet
89,00 Sedacril TI 500mg x 21/3
99,00 Dermasept Spray 1Pul x 3/3
39,70 Euclidine creme 3200 x 21/3
47,80 Dagen 500mg x 3/3
103,30 Doliprane 500mg x 21/3
27,70 Comprasse stérile

79,50

- carbosorb Transit Sep 3/9
Après repas.

69,90

- Kynglor soude 1g

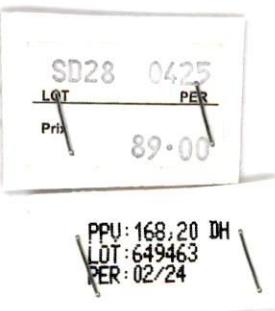
solt 1sm



T. 625,10



ABDI MOUNA DALAJ
115, Avenue des Yambeaux
Casablanca
10522992754



ABDI MOUNA
115, Avenue des Yambeaux
Casablanca
10522992754
INFRACOM
+212 06 5592669
Rue Bir Hakeim Oasis Office Center, Casablanca

DERMASEPT®
SPRAY

LOT: 1813
EXP: 06/25
PPC: 99.00 DH

Dr.Mouna AJBABDI EL BOUAANANI

Gynécologie-Obstétrique-Sexologue

SUIVI DE GROSSESSE - ACOUCHEMENT CHIRURGIE: INFERTILITE

MALADIES ET CANCER DU SEIN - MENOPAUSE - ECHOGRAPHIE 3D/4D

COLPOSCOPIE - HYSTEROSCOPIE - COELIOSCOPIE

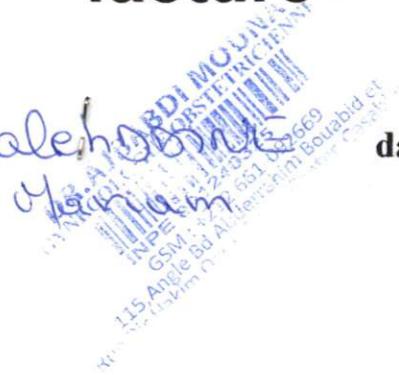


Women's Center

facture

Droits réservés

Mme : Saleh BENE



date: 02-05-22

Consultation = 200dh

Echographie = 300dh

Signature et cachet:

DR. AKBABDI MOUNA
GYNECOLOGISTE OBSTETRICIENNE
INPE 0911 40325
GSM: +212 661 09266
115 Angle Bd Abderrahim Bouabid et
Rue Bir Hakim Casablanca



docteurajbabdimouna@gmail.com



05 22 99 10 37 / 06 70 04 05 69

📍 115 Angle Boulevard Abderrahim Bouabid et Rue
Bir Hakim, Oasis office center, Premier Étage - Casablanca

DASEN® 10 000 UI 
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

AUGMENTIN 1 g/125 mg 
16 sachets



6 118000 160182

SEDASTERIL+

FAB 06.2021
PER 06.2024



Dr.Mouna AJBABDI EL BOUAANANI
Gynécologue-Obstétricienne-Sexologue

SUIVI DE GROSSESSE - ACOUCHEMENT CHIRURGIE - INFERTILITE
MALADIES ET CANCER DU SEIN - MENOPAUSE - ECHOGRAPHIE
COLPOSCOPIE - HYSTEROSCOPIE - COELIOSCOPIE



Women's Center

الدكتورة منى أجبابدي البو عناني
أخصائية في الولادة وأمراض النساء
تبييم الحمل - توليد - الفحص بالصدى - التشخيص
و الجراحة بالمنظار - علاج عدم الإنجاب
والمساعدة على الإنجاب - أمراض النساء - سن اليأس

Nom & Prénom : نسمة SALEHDDINE نازيم

Date de naissance :

Date: 02 SEPT 2022

Opérateur :

Modalités d'examens: Voie Endovaginale.

-Utérus en position antéversé, de contours régulier mesurant l=8cm
l=6cm d'échostructure homogène.

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de 4mm

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : /RAS
- Ovaire gauche : /RAS

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidiens.

Conclusion : Echographie endovaginale Sans Particularités

DR. AKBABDI MOUNA
GYNECOLOGUE OBSTETRICIENNE
TÉL: 0522991037 / 051240325
M: 091220325
Rue Bir Hakim 115 Angle Bd Abderrahim Bouabid et
Rue Bir Hakim Oasis Office Center, Casablanca

Fix : 05 22 99 10 37 / Email : docteurajbabdimouna@gmail.com / 115 Angle Boulevard Abderrahim
Bouabid et Rue Bir Hakim, Oasis office center, Premier Étage - Casablanca

Patient

N°
Nom
D. naissance
Sexe

02092022-192200
SALEHDDINE, MARIAM
16-03-1986
Féminin

Exam

N° d'accès
Dte exam.
Description
Opérateur

02-09-2022

