

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 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° W21-819856

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13286			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : Royal Air Maroc
Nom & Prénom : BENNOUNA Assmaa			
Date de naissance : 26/05/1991			
Adresse :			
Tél. : 07.00.14.34.09 Total des frais engagés : 500 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr Sara IBNOULKHATIB CHARAF Gynécologue obstétricienne California Center Rd. Haïfa N°10 Ain Chock - Casablanca - 0522875355		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/11/2023			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : suivi de grossesse			
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
 Signature de l'adhérent(e) : 
 Le : 06/01/2024



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
16/12/13	Consultation	1	500,00	INP 15/12/2013 Dr. HADAR LE NOUAR HANAN HADAR Gynécologue obstétricienne Gynecology Center, Bd. Haifa N°10 Tél: 03 522875355
22/12/13	échographie	1	100,00	contrôle

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

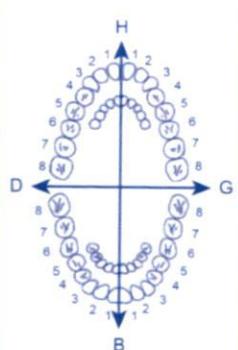
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

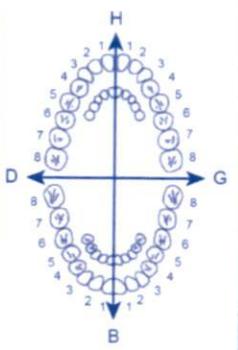
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



16/12/2023

متابعة الحمل - التوليد

3D - 4D الفحص بالصدى

المساعدة على الإنجاب

أمراض الثدي - التنظير

سرطان الثدي والجهاز التناسلي

أمراض النساء التجددية والتجميلية

العلاج بالبلازما الغنية بالصفائح الدموية

وحمض الهيالورونيك

ÉCHOGRAPHIE DU 1^{ER} TRIMESTRE

NOM ET PRÉNOM : Mme ASSMAA BENNOUNA

DDR : 6/11/23

Terme théorique : 5SA+5J

Terme corrigé : 5sa +6j

Indication : ÉCHOGRAPHIE DE DATATION PRECOCE

Grossesse : Mono fœtale

Multiple : non

Biométrie : Cf. rapport

- LCC= 1.3 mm
- sac gestationnel de 9.3mm 5SA+6j
- Activité cardiaque : à recontroler
- ovaire droit : sans anomalies
- ovaire gauche: sans anomalies

Au total :

Grossesse Monofoetale intra utérine évolutive avec embryon de 1.3mm correspondant à 5 sa+ 6jours,

avec bonne réaction trophoblastique .

Facture N°: 81

Date : 01/02/2024

Bénéficiaire : Mme Assmaa Bennouna
Mme ASSMAA BENNOUNA

Tél: 07-00-14-34-09

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 16/12/2023				
Ech	Echo 1er T Dr. Sara IBNOULKHATIB CHARAI Gyécoloque obstétricienne California Center, Bd. Haïfa N° 10 Ain Chock - Tél: 0522875355	1	500,00	500,00
		Total		500,00

Arrêté le présent document à la somme de :
cinq cents dirham(s)

Dr. Sara IBNOULKHATIB CHARAI
Gyécoloque obstétricienne
California Center, Bd. Haïfa N° 10
Ain Chock - Tél: 0522875355