

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-819852

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13286 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENNOUNA Asmaa
Date de naissance : 26/05/1991
Adresse : 193931
Tél. : 0700 14 34 09 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. Sara IBNOULKHALESHARI
Gynécologue-obstétricienne
California Center, Bd. Haifa N°10
Casablanca - Tél: 0522875353

Date de consultation : 30/01/2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 Le : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : Benz

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
30/04/24	consultation		500,00	INP : 061286647 Dr. Jean IBNOULKHA Evénementiel chaire California Center, Bd. Hail Tél: 052287530
	échographie			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

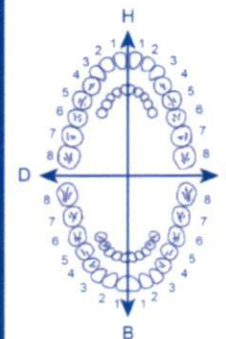
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

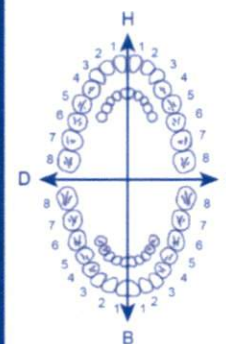
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sara IBNOULKHATIB CHARAI

Spécialiste en gynécologie obstétrique
et infertilité

Lauréate des facultés de Médecine de
Valence et de Casablanca

Ancienne interne de la faculté Paris Sorbonne

Diplôme d'infertilité et AMP Paris Descartes

Diplôme d'Urologie - Gynécologie Casablanca

Diplôme en Médecine d'urgence et d'oxylogie

Formation universitaire en Gynécologie

Esthétique et régénératrice en Espagne

Certificat Regen-Lab / Cellular Matrix

MME ASSMA BENNOUNA
(PRP - A.hyaluronique)

30/01/2024

الدكتورة سارة ابن الخطيب شرعي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
والمساعدة على الإنجاب

متابعة الحمل - التوليد

الفحص بالصدى 3D - 4D

المساعدة على الإنجاب

أمراض الثدي - التنظير

سرطان الثدي والجهاز التناسلي

أمراض النساء التجديدية والتجميلية

العلاج بالبلازما الغنية بالصفائح الدموية

وحمض الهيالورونيك

ÉCHOGRAPHIE DU 1^{ER} TRIMESTRE

NOM ET PRÉNOM : Mme ASSMA BENNOUNA

DDR : 6/11/23 DDRc : 5/11/23

Terme théorique : 12SA+1J

DPA : 15/8/24

Indication : **ÉCHO DU 1^{ER} T**

Grossesse : Mono foetale

Multiple : non

Biométrie : Cf. rapport

- LCC = 56.6 mm 12 SA2j
- Bip = 18.9 mm 13 SA
- Clarté nucale 1.01 mm

Morphologie :

- Pôle céphalique :

Structures médianes :

Contour de la boîte crânienne : ras

Absence de particularité de la Ligne Médiane

- Tronc
Cœur : FC : 155bpm
Paroi abdominale antérieure intègre
Diaphragme : vu
Estomac : vu
Vessie : présente
- Rachis : suivie
- 4 membres / 3 segments : présents
- Trophoblaste : homogène
- Mobilité : normale

Au total :

Grossesse intra utérine évolutive avec des biométries conformes à 12 SA+ 2 j.

DPA = 15/8/24

Pas d'anomalies vues ce jour.

Résidence California Center, Bd. Haifa N° 10, 4ème étage, App. 15, Ain chok - Casablanca - Maroc

☎ : 05 22 87 53 55 ✉ : cabinet.dr.sara@gmail.com

Facture N°: 80

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 30/01/2024				
Ech	Echo 1er T	1	500,00	500,00
Total				500,00

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

Dr. Sara IENOUKHAÏE CHARAI
Gynécologue obstétricienne
California Center, Ain Chock - Tél: 07 22875555