

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M23-0022591

conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééductions.
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.

□ Maladie

□ Optique 189486

□ Dentaire

□ Autres

□ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

..... Dhs

Total des frais engagés :

..... Dhs

□ Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

Authorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-022591

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

MUPRAS : Centre Alia Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fekir et Rue Alia Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIREES					
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
25.11.23	Actes de chirurgie		500,700	Chirurgien M. Chauvel 25.11.23	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
Pharmacie Stéphane Côté	25.11.23	171.634			
ANALYSES - RADIGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires					

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE															
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de</p>															
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX											
PROTHESES DENTAIRES															
															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS												
<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	DEBUT D'EXECUTION
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
<hr/>															
35533411	11433553														
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			FIN D'EXECUTION												
DATE DE L'EXECUTION	DATE DU DEVIS	MONTANTS DES SOINS													

CLINIQUE INAYA

DEVIS

Date 28/12/2023
N° : 231228100604AD

Nom patient : ZAHRAOUI HIND

Prise en charge : MUPRAS

Traitements K100

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	CHAMBRE	100 2		25,00 400,00	2 500,00 800,00
				Sous-Total	3 300,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. MEKOUAR OMAR (gynécologue)	Dr. LAROUSSY ABDELHAMID (anesthésiste)	100 50		30,00 30,00	3 000,00 1 500,00
				Sous-Total	4 500,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		100		15,00	1 500,00
				Sous-Total	1 500,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
NEUF MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Total devis 9 300,00

2 Lx 2
Clinique INAYA
INPE: 090063397
352, Bd Ghandi - Casablanca
Tel: 05 22 36 87 81
contact@clinicinaya.ma

CABINET D'EXPLORATION URO- GYNECOLOGIQUE

DOCTEUR OMAR MEKOUAR

Casablanca 25/12/2023

Mme : ZAHRAOUI HIND

1. EXACYL

2CP x 3 / jour pendant 5 jours

2. ESTROFEM

2CP / jour pendant 3 jours

57. W x 3

3. LUTENYL

1CP / jour pendant 1 mois

171. W



Signé : Q.MEKOUAR

ANGLE RUE SOUMAYA ET BOULEVARD
ABDELMOUMEN, RESIDENCE SHEHRAZADE 3.
CASABLANCA.

TEL : 0522.23.55.83/0522.99.61.48 GSM : 0661.34.54.65



CABINET D'EXPLORATION URO- GYNECOLOGIQUE

DOCTEUR OMAR MEKOUAR

Casablanca le : 25/12/2023

Mme ZAHRAOUI HIND

- Fibrome utérin
- Myomectomie
- K100

Signataire : Dr O. MEKOUAR

ANGLE RUE SOUMAYA ET BOULEVARD ABDELMOUMEN,
RESIDENCE SHEHRAZADE 3. CASABLANCA.

TEL : 0522.23.55.83/0522.99.61.48

GSM : 0661.34.54.65

CABINET D'ECHOGRAPHIE DOPPLER

Dr Omar MEKOUAR.

Ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris
Et de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris V)

Angle rue soumaya et boulevard
Abdelmoumen, résidence shérazade 3
Casablanca TEL (022) 23.55.83.

Diplômé de médecine fœtale.

Diplôme universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale.

Casablanca le : 25/12/2023

Mme : ZAHRAOUI HIND

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE GYNECOLOGIQUE.

Echographe doppler couleur énergie 4D Samsung ELIT WS 80
Mis en service le 01/01/2017

INDICATION :

Douleur pelvienne

RESULTAT :

- Voie VAGINALE.
- Utérus anté- versé

Longueur du col et du corps : 83mm
Largeur : 39mm.

Contours : réguliers

Myomètre : hétérogène.
Endomètre : 13mm

OVAIRES :

Ovaire droit : D'aspect normal

Ovaire gauche : d'aspect normal

CONCLUSION :

**Fibrome intra cavitaire
Fibrome de 2 cm**

SIGNATAIRE : DR OMAR MEKOUAR.

DR OMAR MEKOUAR
Cabinet d'échographie
Angle rue soumaya et boulevard
Abdelmoumen, résidence shérazade 3
Casablanca TEL (022) 23.55.83.

Patient

N°
Nom
D. naissance
Sexe

25122023192601
ZAHRAOUI, HIND

Exam

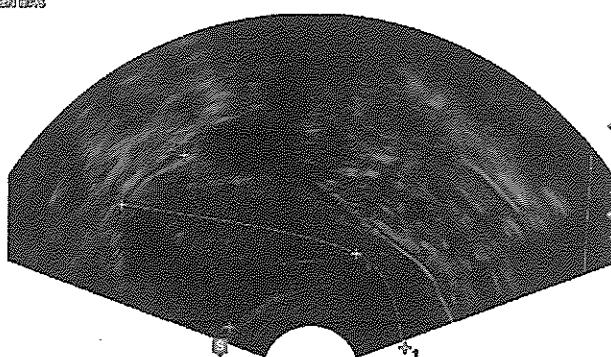
N° d'accès
Dte exam
Description
Opérateur

25-12-2023

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUEH CMAR MI 0.9 25-12-2023
25122023192601 Tib 0.3 19:27:22

UNIVERSITE SAB
EW400
7.5cm
20MHz

ROI
Gc 40
FD 102
Cg 10
Gc 5
P 50%

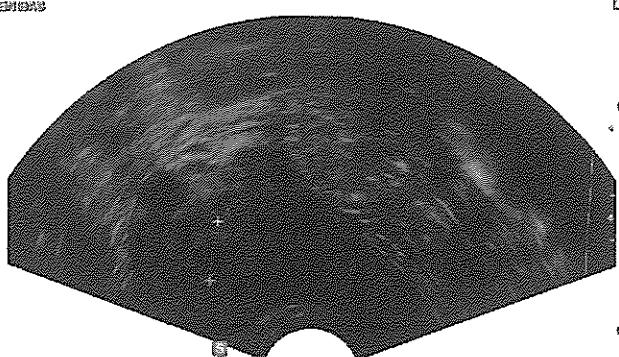


1D 8.85 cm
2D 3.98 cm

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUEH CMAR MI 0.9 25-12-2023
25122023192601 Tib 0.3 19:27:32

UNIVERSITE SAB
EW400
7.5cm
20MHz

ROI
Gc 40
FD 102
Cg 10
Gc 5
P 50%

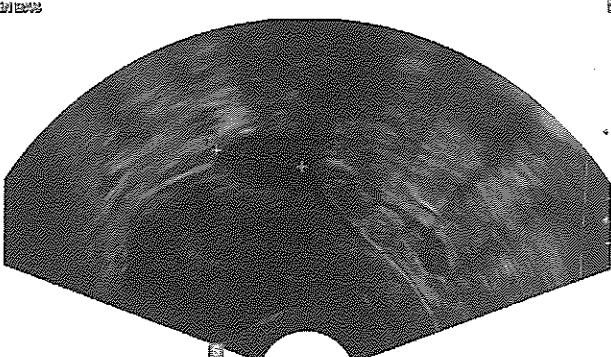


1D 1.33 cm

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUEH CMAR MI 0.9 25-12-2023
25122023192601 Tib 0.3 19:27:39

UNIVERSITE SAB
EW400
7.5cm
20MHz

ROI
Gc 40
FD 102
Cg 10
Gc 5
P 50%



1D 1.35 cm