

# 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.

## harmacie :

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 rééducations.  
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 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.

## laladie et Affection Longue Durées 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

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

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie 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 M23- 0022591

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **189486** ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26/11/2013** Age : .....

Nom et prénom du malade : **Zahraoui Hind** ☐ Enfant

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : **Dalton pédiatrie**

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0022591**

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 : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
25/12/23	Actes		500,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOPHIA Mme. Bouhassine - Sams N° 022 26 01 54	25/12/23	179,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

5550

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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux
H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXEC

# CLINIQUE INAYA

## D E V I S

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		25,00	2 500,00
		2		400,00	800,00
				Sous-Total	3 300,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. MEKOUAR OMAR (gynecologue) Dr. LAROUSSY ABDELHAMID (anesthésiste)		100		30,00	3 000,00
		50		30,00	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

طبيب  
Clinique INAYA  
INPE: 090063397  
352, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel: 05 22 36 87 81  
contact@clclinicinaya.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

2

171. w



Signé : 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

Pharmacie SOPHIA  
Mme. Benbrahim In. Stams  
114, Bd. Ibnou Sina - CASA  
Tel: 022 26 01 24

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 shéhrazade 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.

Patient

N° 25122023192601  
 Nom ZAHRAOUI, HIND  
 D. naissance  
 Sexe

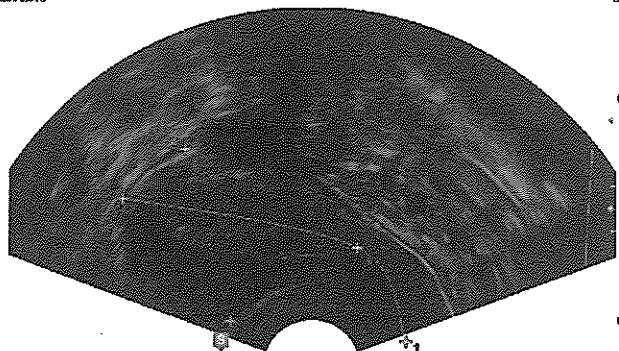
Exam

N° d'accès  
 Dte exam 25-12-2023  
 Description  
 Opérateur

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

UNUSUENEDS  
 70cm  
 50Hz

MI 0.9  
 Tib 0.3  
 19:27:22  
 50 Hz  
 70 cm  
 50 Hz

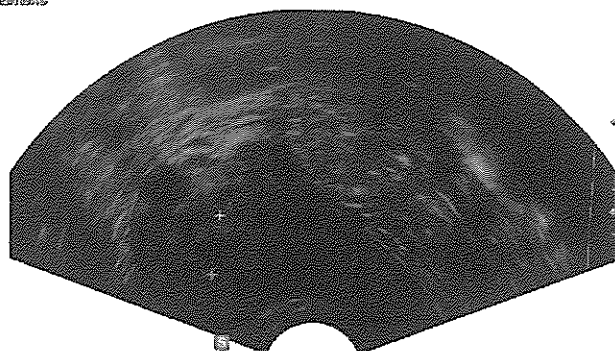


1D 8.35 cm  
 2D 3.98 cm

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

UNUSUENEDS  
 70cm  
 50Hz

MI 0.9  
 Tib 0.3  
 19:27:32  
 50 Hz  
 70 cm  
 50 Hz

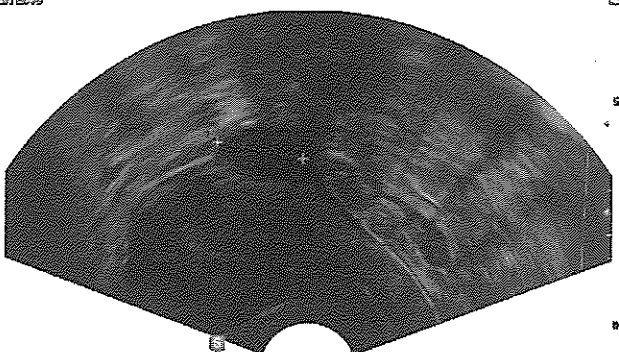


1D 1.33 cm

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

UNUSUENEDS  
 70cm  
 50Hz

MI 0.9  
 Tib 0.3  
 19:27:39  
 50 Hz  
 70 cm  
 50 Hz



1D 1.95 cm