

# 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.

## Pathologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



47 268

**Déclaration de Maladie : N° P19-0002062**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8986 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : MACHHOUR Hicham Amine Date de naissance : 22.02.1970  
 Adresse : SEITAT / CASA  
 Tél. : 0661445181 Total des frais engagés : 921,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : A. BERRANNOUN  
Généraliste Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
Dr. Omar Slaoui Casablanca  
 Date de consultation : 18/09/2020 17h05:22.47.29.57  
 Nom et prénom du malade : Se NADIR  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur de l'utérus  
 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 : CASA Le : 12/11/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18.9.2020       | Gc                |                       | 200,1-                          | Dr. ABERRANOU<br>Gynécologue Assistante<br>Diplômée (22-5 V)<br>39, Rue Omar el Kasbi Casablanca<br>Tel: 0522 72 40 70-0522 47 29 5 |
|                 | Eus               |                       | 400,-                           |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SIDKI<br>Karim SIDKI: Docteur en Pharmacie<br>233, Bd. Larbi El Ouedi (Ex. Route de Ben Ahmed) - Settat<br>INPE: 062053947 | 18/09/2020 | 32170                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

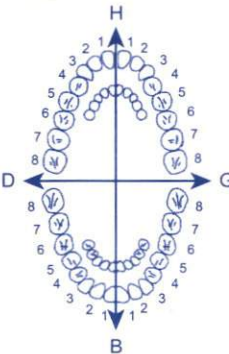
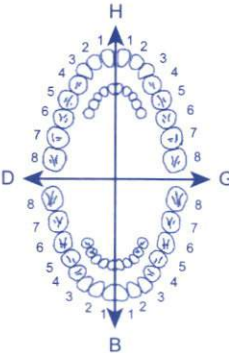
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 l

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|---|--|---------------------|------------------------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------|
|    |  |                     |                        | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        | FIN<br>D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CœFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> |                     |                        | H                          |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|   | H  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   | 25533412   | 21433552            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   | 00000000   | 00000000            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   | D  | G                   |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   | 00000000   | 00000000            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   | 35533411   | 11433553            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   | B  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        | DATE DU<br>DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# عيادة التوليد وأمراض النساء Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 18.02.2020

FERYL  
LOT : 153115A  
DLUO : 02/2023  
PPC : 135.00 DH  
PHARMA CONNECT

E SIDKI  
Pharmacie  
(Ex. Route  
Etat

UT. AV. : 11 2022  
LOT N° : 1283099  
PPV : 30 50

53,20

Dr. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé  
39, Rue Omar  
Tél.: 0522 29

PPV : 51 DH 50

Mikro

PPV : 51 DH 50

رقعة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 05 22 47 29 57 / 05 22 40 70 / 05 22 47 29 57  
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 40 70 / 05 22 47 29 57  
E-mail : drsnoab@gmail.com

135,00  
4 Feryl  
2 p 15 x 60  
30,50  
2 Douxyl  
53,20  
31 Exepl 500  
41 Duphale  
51,50 x 08  
51 Aika puohtan  
1 ou 10 m  
1 ou 15 3 genes

17 328,20



عيادة التوليد وأمراض النساء  
Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU

الدكتور عبد الجواد برنون

Dr. A. BERRANNOUN

Dr. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél.: 0522.29.40.70-0522.47.29.57

Note d'honoraires N° : 131

A la suite de la consultation du 18.09.2020

Dr. A. BERRANNOUN, médecin spécialiste présente à M<sup>me</sup>

NAJIB FAUZIA

Domicilié(e) Seltat

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme

de 600,00 Dhs, réglée : ☒ Espèces, ☐ Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca le 18.09.2020

Dr. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél.: 0522.29.40.70-0522.47.29.57

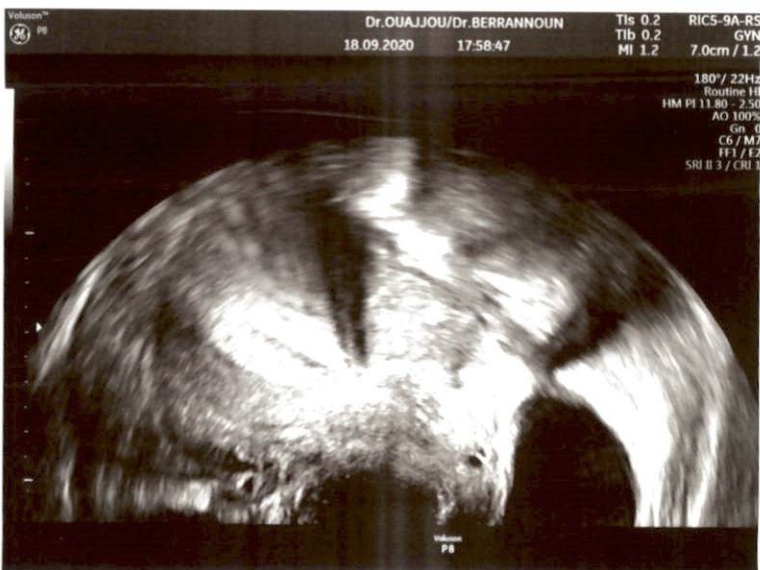
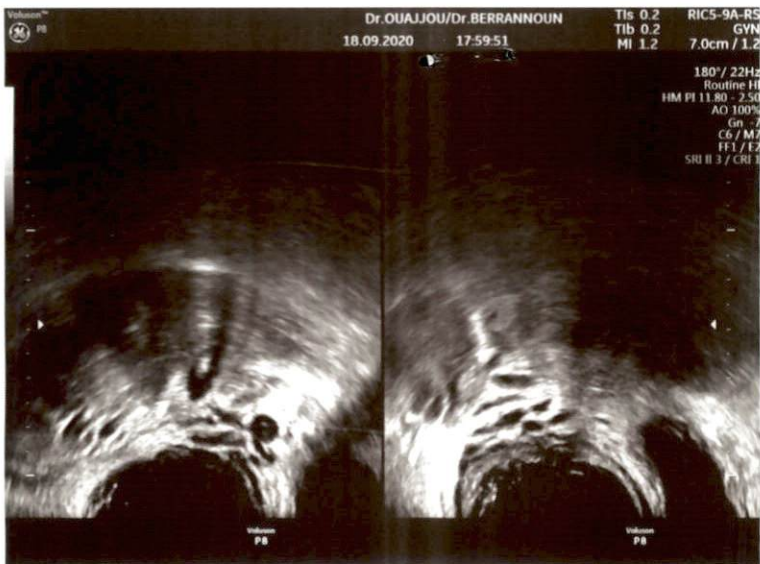
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 40 70 / 05 22 47 29 57  
05 22 47 29 57 05 / 22 29 40 70 - الهاتف : زنقة عمر السلاوي، البيضاء

INPE : 091033282

INPE : [REDACTED]

E-mail : drsnoab@gmail.com

Patente : 34200818 - IF : 1051255 - ICE : 001653085000091 - CNSS : 4498269



CASA LE: 18/09/20

## ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM: Mme. NAJIB FAUZIA

AGE:

DDR:

TECHNIQUE:

INDICATION:

### UTERUS:

Position: Retro versu

Taille:

Long.: Larg.: Antéro-postérieur:

Contours: Réguliers

Echostructure: Hétérogène

Endomètre: Fin

### CAVITE UTERINE:

DIV en phase

### OVAIRE DROIT:

Echostructure: N6

CFA:

Taille:

### OVAIRE GAUCHE:

Echostructure: N6

CFA:

Taille:

### DOUGLAS:

### CONCLUSION:

Dr. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue O. Slaoui Casablanca  
Tél.: 0522.29.40.70-0522.47.29.57