

## 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 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.

### 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.

Nº W19-411580

ND: 32881

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12380	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN RYANNOV ADIL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0662765884	Total des frais engagés :	#3000,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Tenez la page SVP
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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) :

Le : 13/07/2020

14 JUIL 2020

16 " " 2020

AGENCE

## 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
03/07/12	Dr Mohamed ZAROAGUI Gynécologue Obstétricien 31, Rue Jalaline Sayuti Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA Tél. 0522.36.06 - Fax 0522.36.04.44		INP : 001111000 15000	Dr Mohamed ZAROAGUI Gynécologue Obstétricien 31, Rue Jalaline Sayuti Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA Tél. 0522.36.06 - Fax 0522.36.04.44

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

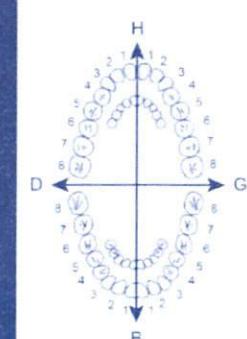
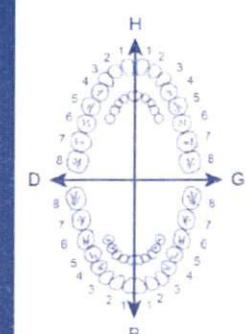
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR LOUANI Noureddine - Radiologue	DR LOUANI Noureddine - Radiologue	3000
Laboratoire d'analyses médicales		1500 plus
31/07/12		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

 <p style="text-align: center;"><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
G													
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>													

Docteur Mohamed ZARQAOUTI  
Gynécologue Obstétricien  
Diplômé de l'Université de LILLE



الدكتور محمد زرفاوي

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
خريج كلية الطب بليل

- Stérilité du couple : FIV - ICSI
- Chirurgie endoscopique
- Echographie spécialisée
- Maladies du sein
- Chirurgie de l'incontinence urinaire

- عقم الزوجين
- جراحة بالمنظار الداخلي
- الفحص بالصدري
- أمراض الثدي
- جراحة أمراض النساء و سلس البول

Casablanca, le .....03/07/2020.....

## Note d'Honoraires

Je soussigné certifie que **Mme ZENGAOUI Mariam** a réglé la somme de 1500 ( mille ) Dirhams pour transfert d'embryon congelé réalisé ce jour au centre IRIFIV.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit.

*Dr Mohamed ZARQAOUTI  
Gynécologue Obstétricien  
31, Rue Jalaline Sayouti  
Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA  
Tél. 0522.36.36.06 - Fax 0522.36.04.44*

INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

Casablanca le 03/07/2020

Mme ZENGAOUI MARIAM EP BEN RHANNOU

Dr : M.ZARQAOUI

## FACTURE

### Transfert d'embryon congelé

## BIOLOGIE

Dévitrification et montage pour transfert d'embryon congelé B 1000

Arrêtée la présente facture à la somme de

Mille cinq cent Dirhams (1 500,00 Dhs)

Dr. LOUANJI Noureddine - Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03  
Dr. LOUANJI Noureddine - Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03  
Dr. LOUANJI Noureddine - Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40. محج الأمير مولاي عبدالله \_ الدار البيضاء \_ رب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03

e.mail : labomac1@gmail.com / n.louanji@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000

### VITRIFICATION-DEVITRIFICATION D'EMBRYONS

Nom :	ZENGAOUI / BEN RHANNOU
Prénom :	MARIAM / ADIL
Date de naissance	1990/1980
Téléphone :	0767240352/0662765884
Adresse :	

Date :	08/11/19
Centre :	IRIFIV
Médecin :	ZARQAOUI

#### Vitrification 1

Date FIV	08/11/19
Nb d'embryons obtenus	8
Date de vitrification	12/11/2019
Nb d'embryons vitrifiés	4 J3
Milieu de vitrification	FERTIPRO
Paillettes	4 CBS
Etiquettes	BLANCHES
Couleur visio tubes	TURQUOIS
Couleur et N° du Canister	9
N° du Container	N
Hysteroimetrie	9CM

#### Dévitrification 1

Date de dévitrification	29/11/19
Nb d'embryons dévitrifiés	1
Nb de paillettes dévitrifiées	1
Aspect des embryons	GRADE 1
Nb d'embryons transférés	1 J3
Nb d'embryons en réserve	3 J3
Grossesse	
Evolution	

DATE DE RENOUVELLEMENT :

+  
08/11/20

**ختير التحاليل الطبية لبوصالة**  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
**LABOMAC**  
Dr. LOUANJI Noureddine - Biologiste  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél.: 0522.20.74.22 / 0522.14.95 - Fax: 0522.26.83.02

**Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95**

40. متح الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - درب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03

e-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000