

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-630724

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 061784 Société : RETRAITE RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARLOU MOULAERRAGOUBA

Date de naissance : 1956

Adresse : 23 RUE 823 9 MASSIRA AGADIR

Tél. : 0670300356 Total des frais engagés : 93.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05/2021

Nom et prénom du malade : AGHABALOU HAFIDA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 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 N° W21-630724

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1784

Nom de l'adhérent(e) : CHARLOU

Total des frais engagés : 93.40

Date de dépôt :



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
08/05/21	Gn		Gratuit	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  <b>Dr. Kamal SARJIDIN</b> Gynécologue - Obstétricienne Imm. M1 Apt. 19 - 2ème Etage Mly Abdellah - AGADI 23 15

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/05/2000	93-40

[illegible][illegible]

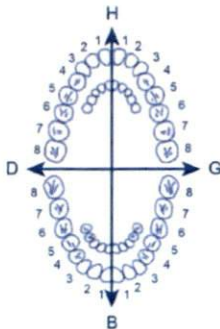
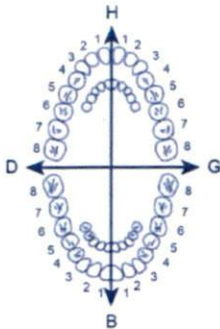
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Kamal SARJDINE

Spécialiste en Gynécologie obstétrique  
Accouchement - Chirurgie Gynécologique  
Stérilité du Couple - Maladies du Sein  
Echographie



## الدكتور كمال سارج الدين

إختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي  
عقم الزوجين  
الكشف بالأمواج فوق الصوتية

Agadir, le : 08 MAI 2021 : أكادير، في :

AG HBAROV HAFIDA

4670 x 2

Prinolut Nor

1/2 matin  
Su

SV



Prinolut Nor

1/2 matin 10 jours  
Su

du 16 au 25 juil 2021

Solortop

Dr. Kamal SARJDINE  
Gynécologue - Obstétricien  
Imm. M1 Appt. 19, 2° Etage  
Av. Mly Abdellah - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

1607

46,70

46,70

58,30



**Dr SARJDINE KAMAL**  
Diplome De Sterilite du couple (Paris)  
Procreation-Assistee : **IAC-FIV-ICSI**  
Ces De Gynecologie-Obstetrique  
Diplome De Coelio-Chirurgie  
Hysteroscopie-Echographie  
Chirurgie-Gynecologique  
Maladies Du Sein-Colposcopie  
**ICE 001658392000071**  
**I.D.F 40238417**  
**INP 041001082**

**AGADIR le**

08/05/2s

**Note d'honoraires pour Mme :**

.....AGARALOU HAFIDA.....

**Echographie Pelvienne : Z 35 350,00 DH**

**Arrêtée la présente somme de trois cent cinquante dirhams**

**Dr. Kamal SARJDINE**  
Gynécologue-Obstétricien  
Imm. M1 App. 19, 2<sup>e</sup> Etage  
Av. Mly Abdelilah - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

**Imm M1 A pp19 Av My Abdellah  
Agadir .Tel/Fax 0528.84.39.19**

AGHBALOU

# DR. KAMAL SARJDINE

IMM. M1 App 19 2eme etage AV Mly Abdellah  
Agadir  
Téléphone: 05 28 84 3919  
Fax: 05 28 84 39 19  
Site internet:



Nom: **HAFIDA**  
ID: 20210508-133011-5598  
Sexe: Fém.

**GYN**  
Date exam: 08/05/2021  
Equipe mentt utilisé: MINDRAY DC-7  
Opérateur: Emergency

## Gynecology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

### 2D Measurements

#### Uterus

UT L: 7.39cm

UT H: 5.62cm

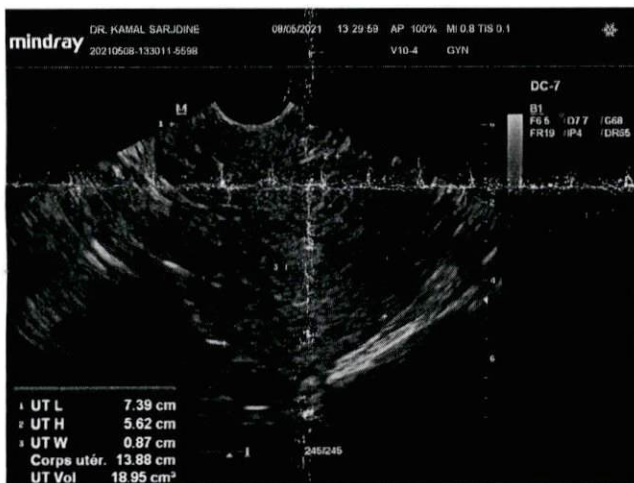
UT Vol: 18.95cm<sup>3</sup>

UT W: 0.87cm

Endo: 3.78cm

Corps utér.: 13.88cm

### Image ultrason





Nom:

ID:20210508-133011-5598

Sexe:Fém.

GYN

Date exam:08/05/2021

AGH BALOU

HAFIDA.

## Gynecology Ultrasound Report - 2 / 2 Page

Annotation:

Echographie pelvienne  
utérus de taille et de morphologie  
normale, contours réguliers  
Aparis bioniques  
Aul> RAS  
C/ci Abcoulon mabai

**Dr. Kamal SARJINE**  
Gynécologue - Obstétricien  
Imm. M1 Appt. 19, 2° Etage  
Av. My Abdellah - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

**Dr. Kamal SARJINE**

Gynécologue - Obstétricien  
Imm. M1 Appt. 19, 2° Etage  
Av. My Abdellah - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

Signature . (sceau):

Date sign.:

08 MAI 2021