

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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
 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



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-630724

71981

Consigne

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 001784 Société : RETRAITÉ RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHARIQUI MOULAERRAGOURA

Date de naissance : 1956

Adresse : 23 RUE 823 Q MASSIRA AGADIR

Tél. : 0670300356 Total des frais engagés : 93.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Kamal SARJIDIN
Gynécologue - Obstétricien:
Imm. M1 Appt. 19 - 2ème étage
Av. Mly Abdellah - AGADIR
Tél. 05 28 84 39 19

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05/2021

Nom et prénom du malade : AGHARALOU 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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) : CHARIQUI

Total des frais engagés : 93.40

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/05/21 Cr | | | Gratuit | INP : 11111111 Dr. Kamal SARDINI Gynécologue - Obstétricien Imm. M1 Appt. 19 - 2ème Etag. Av. Mly Abdellah - AGADIR Tél. 06 61 32 14 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>LE PETIT PHARMACIE SAINT-PIERRE</i> 13, RUE SAINT-PIERRE 74200 ST-PIERRE | 81-41-21 | 93-40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Kamal BOURGUIGNON Gynécologue - Obstétricien n°. M1 App.19 - 2ème Etage Av. Mly Abdellah - AGADIR Tél: 05 28 84 39 19 | 28/05/2021 | E35 | 350,00 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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.

RELEVE 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 canalaires, 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"/> | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | H | 25533412 00000000 35533411 | G | 21433552 00000000 11433553 | Coefficient des travaux <input type="text"/> |
| D | | 00000000 | G | 00000000 | Montants des soins <input type="text"/> |
| B | | 35533411 | | 11433553 | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |
| 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

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

Agadir, le : 08 MAI 2021 أڭادير فی :

M AG HBAOU HAFIDA

HB 40 x 2

M Primiparum Non
My mother
Sister

T 93.40



plus
Primingat Non
① . 1 by maintenance) 10 jors
Sister

From 16th au 25th June 2021

DR Kamal SARJDINE
Gynécologue - Obstétricien
Immeuble M1 Appart. 19. 2^e Etage
Av. Mly Abdellah - AGADIR
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

Dobertop 40 x 2
Sister 16-25

46,70

46,70

58,30

Dr SARJDINE KAMAL

AGADIR le

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

08/05/20

Note d'honoraires pour Mme :

.....AGARAIOU HAFIDA.....

Echographie Pelvienne : Z 35 350,00 DH

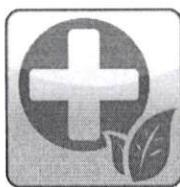
Arrêtée la présente somme de **trois cent cinquante dirhams**

Dr. Kamal SARJDINE
Gynécologue-Obstétricien
Imm. M1 Appt. 19, 2^e Etage
Av. My Abdellah - AGADIR
Tél/Fax: 0528.84.39.19

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

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:



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

GYN

Date exam:08/05/2021
Equipementt utilisé:MINDRAY DC-7
Opérateur:Emergency

Gynecology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

2D Measurements

Uterus

UT L:7.39cm

UT W:0.87cm

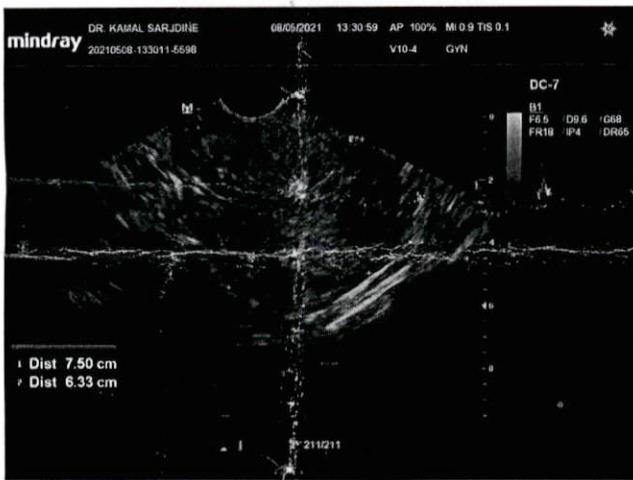
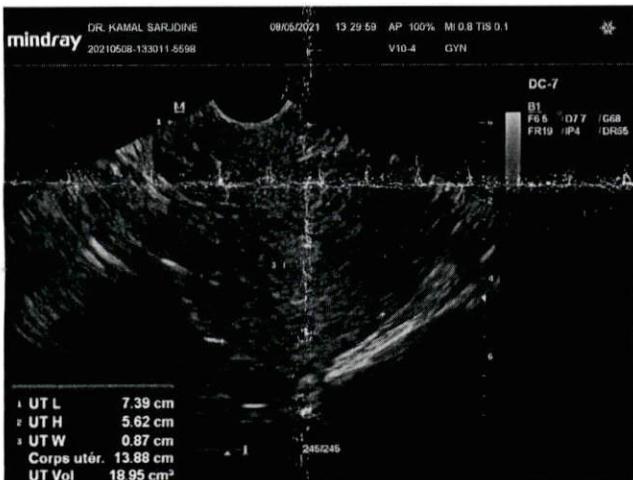
UT H:5.62cm

Endo:3.78cm

UT Vol:18.95cm³

Corps utér.:13.88cm

Image ultrason





Nom: AGHBALOU
ID:20210508-133011-5598 Sexe:Fém.
GYN
Date exam:08/05/2021

HAFIDA.

Gynecology Ultrasound Report - 2 / 2 Page

Annotation:

Echographie pelvique
utérus de taille et morphologie
normale, contours réguliers
Aparis longés
Anulus R/S
Cyclo Adénomyose modérée

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

Signature . (sceau): Dr. Kamal SARJDINE
Gynécologue - Obstétricien
Imm. M1 Appt. 19, 2^e Etage
Av. Mly Abdellah - AGADIR
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

Date sign.:

08 MAI 2021