

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-681114

106396

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13170 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FANINA HUSSAYHA
Date de naissance : 19/11/1991
Adresse :
Tél. : 06 61 34 83 52 Total des frais engagés : 720,53 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/01/2022
Nom et prénom du malade : LASHFOU Z. W.B. Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : GROSSESE
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 : CASABLANCA Le : 01/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
A3/01/2022	S		200,00	INP: [Signature]
	S		300,00	
	R.C.A.			

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
17/01/22	15840
17/11/22	6213

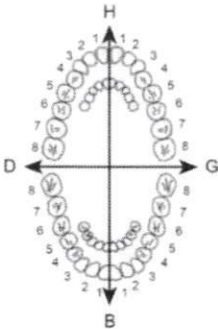
[illegible][illegible]

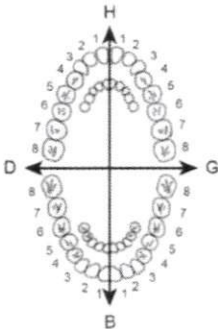
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'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		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] 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

DOCTEUR HASNA ELFAIZ
SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Accouchement - Chirurgie gynécologique
Maladies du sein - Stérilité du couple
Echographie - Coelioscopie



الدكتورة حسناء الفائزة

إختصاصية في امراض النساء والتوليد

الولادة - الجراحة النسائية
أمراض الثدي - عقم الزوجين
الفحص بالصدى - الجراحة بالمنظار

AGADIR, LE :

17/01/2022

اكادير في :



LAGHFOUR ZINEB

84.00

• **Duphaston 10 mg**

1 comprimé, matin, midi, soir pendant 7 JOURS

27.00

• **Spasfon 80 mg**

1 comprimé, matin, midi, soir pendant 15 JOURS SI
DOULEURS

46.00

• **Digestine 16 mg**

1 gélule, Matin pendant un mois

158.40

PHARMACIE ELMIRA
Dr. ASMA MELLAS
Mag. N° 932 TILLILA - AGADIR
Tél: 05 28 28 59 59



LOT 211907
EXP 07 2026
PPV 46.00

موعدكم يوم :

AGADIR

شارع الحسن الثاني اقامة افران 4 - اكادير

Tél./ Fax : 05 28 820 420 (sur rendez-vous)

Email : elfaizgyn@yahoo.fr

DOCTEUR HASNA ELFAIZ

SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Accouchement - Chirurgie gynécologique

Maladies du sein - Stérilité du couple

Echographie - Coelioscopie



الدكتورة حسناء الفائز

إختصاصية في امراض النساء والتوليد

الولادة - الجراحة النسائية

أمراض الثدي - عقم الزوجين

الفحص بالصدى - الجراحة بالمنظار

AGADIR, LE : **17/01/2022** **اكادير في :**

LAGHFOUR ZINEB



• **Projeva 200mg**

1 capsule, SOIR PAR VOIE VAGINALE PENDANT 3
SEMAINES

62.13

PHARMACIE EL MIRA
Dr. H. ELFAIZ Asma
932, Cité Trilla AGADIR
Tel: 05 28 28 65 59

DR. H. ELFAIZ
Gynécologie - Obstétrique
Av. Hassan 2 Imm. Ifrane 4 Agadir
Tél: 05 28 820 420 - Fax: 05 28 820 420
CE: 086186500004



VOTRE R.D.V LE : **موعدكم يوم :**

Avenue Hassan 2 Imm. Ifrane 4 - AGADIR

شارع الحسن الثاني اقامة افران 4 - اكادير

Tél./ Fax : 05 28 820 420 (**sur rendez-vous**)

Email : elfaizgyn@yahoo.fr

Docteur EL FAIZ HASNA

الدكتورة حسناء الفايز

Spécialité en gynécologie

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

Obstétrique

Note d'honoraire

NOM :LAGHFOUR

PRENOM :ZINEB

Examen : CONSULTATION+ ECHOGRAPHIE

Date :17/01/2022

Somme :200DH+ 300DH

Av Hassan II Imm IFRAN 4 1^{er} étage N° 14 Agadir

Tel / Fax: 05 28 82 04 20/ ICE : 001618845000064 IF : 18772011

INPE : 091029207

DR. H. EL FAIZ
Gynécologie - Obstétrique
Hassan II Imm. IFRANE 4 O. AGADIR
ICE: 001618845000064
Tel: 0528 820 420 - Fax: 0528 820 420
INPE: 091029207



Date : 17/01/2022

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE 1^{er} TRIMESTRE

Nom : Laghrou Prénom : Zineb Age :
DDR : 22/11/82 DPA :

Résultats :

Grossesse Unique : ☒ Grossesse Gemellaire :
Activité Cardiaque : ☒ Mouvement Actifs :
SG : mm : VO : 6~
Embryon : LCC 11 mm : 7.1A + 2.5
BIP : LF :
Clarté Nucale : mm Longueur Nucale : mm
Annexe Droite : RAS.
Annexe Gauche :

Conclusion :

Grossesse monofoetale évolutive.
de 7.1A + 2.5
et hypoechogénie de 18x15~

