

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

aire :

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.

die 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

PRAS 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.

RAS : 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° W21-713404

119635

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12570 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KBITAT Abdelilah

Date de naissance : 06/03/1987

Adresse : 39 lotissement Yasmina 2 Bachkou, Rue les crêtes

Tél. : 0607073333 Total des frais engagés : 1161,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : De Pelviennes / GSS SSA

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

s des tes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			300 DH	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Signature du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/2022	461,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du radio et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		echo pelon	4000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez 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"/>																								
				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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D			B																									
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
				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

Dr. Mouna AJBARDI EL BOUAAJANI
Gynécologue-Obstétricienne-Sexologue

SUIVI DE GROSSESSE - ACOUCHEMENT CHIRURGIE - INFERTILITE
MALADIES ET CANCER DU SEIN - MENOPAUSE - ECHOGRAPHIE
COLPOSCOPIE - HYSTEROSCOPIE - COELIOSCOPIE

Women's Center

Ordonnance

الدكتورة منى أجباردي البوعناني
أخصائية في الولادة وأمراض النساء

تتبع الحمل - توليد - الفحص بالصدى - التشخيص
و الجراحة بالمنظار - علاج عقم الزوجين
و المساعدة على الإنجاب - أمراض الثدي - سن اليأس

Lot: 1233608
Per: 05/2023
PPV: 61DH70



Casablanca le : 23 MAI 2022

Madame : *Himouli Aya*

Lot N°: 36,00
EXP:
PPV:

6 118001 040827

Musfon 80mg
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique
6 118000 410263

6 111259 970021

عن طريق المهبل
N° AMM: 243/6 DMP/21/NRQ
MYCODERME® 150 mg
3 ovules
LOT: 08121013
PER: 06/2023
PPV: 38,00 DH
6 118000 230168

Mycohydralin
Crème 30 g
6 118000 170358

Gynocaps
28 comprimés
6 118000 041504

Gynocaps
R.P.C. 120,00 DH

11-2021
11-2024
0497V

61,20 1. GESTEL 200mg :
1 ovule x 2 par jour matin et soir

50,44 2. Spasfon lyoc : 1 cp/3 jour ou musfon 80

84,50 3. Neovimag : 1 cp x par jour le soir

71,00 4. Yofolvit : 1 cp / jour le matin

38,00 5. Mycoderme ovule : 1 cp par jour le soir pdt 3j

36,00 6. Mycohydralin pommade 1 app x2 /sem

120,00 7. GYNO CAPS 1 OVULE X2/J 7g

موسفون
فلوغوكسنتول
80 ملغ

ألم تشنجي في الأمعاء.
القنوات الصفراوية والمثانة البولية والرحم

LOT: M0710
PER: 02/2025
PPV: 50,40DH

30 قرص متحلل
عن طريق الفم

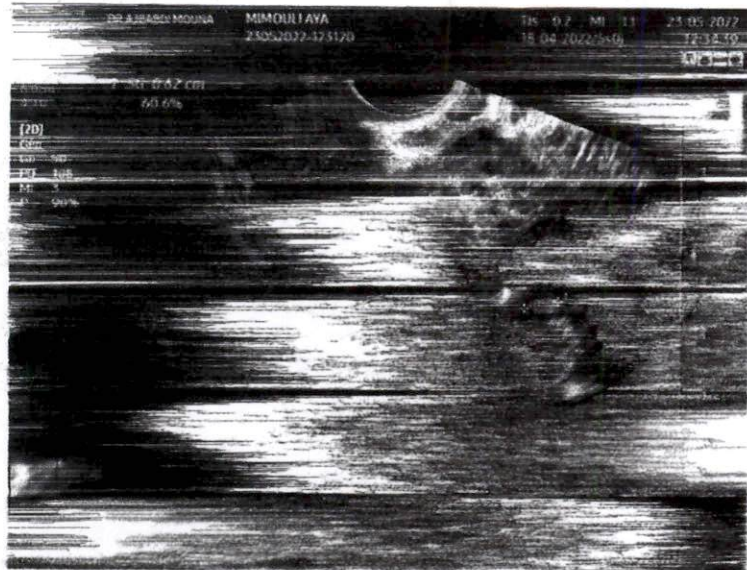
Email: docteurajbardi@women-center.ma

Télé: 06 61 09 26 69

Adresse: 115 Angle Boulevard Abder
Bir Hakim, Oasis office center, Premier Étage - Casablanca

LOT: 1532001
PER: 10/2023
PPV: 71,00DH

DR. AJBARDI MOUNA
GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE
INPE 05 22 661 092669
GSM: +22 661 092669
Angle Bd Abderrahim Bouabid et
Bouakim Oasis Office Center, Casablanca



الدكتورة منى أجابدي البوعناني

مستشار طبي في طب النساء والتوليد

مستشار طبي في طب النساء والتوليد
مستشار طبي في طب النساء والتوليد
مستشار طبي في طب النساء والتوليد

Center

Echographie Obstétricale du 1^{er} Trimestre

NOM & PRENOM :

Date :

Opérateur :

Mimoujiaya Aya

23 MAI 2022

Examen réalisé par :

Indication : Bilan échographique du 1^{er} trimestre

Utérus gravide, de contours réguliers, d'échostructure homogène.

Nombre d'embryon :

Vitalité : Bonne mobile, présentant une activité cardiaque régulière.

LCC= 6,2 mm ce qui correspond à 5 SA+ j

SG= 6,2 mm ce qui correspond à 5 SA- j

Annexes : La quantité de liquide est en quantité normale.
Le trophoblaste est homogène.

Conclusion : Grossesse intra-utérin de j, sans particularité.

Aceantaler

DR. AJBA BDI MOUNA
MIMOUJIAYA
Rue Bir Hakem, 115 Angle Boulevard Abderrahim
Oasis office center, Premier Étage - Casablanca

Fix : 05 22 99 10 37 / Email : docteurajbabbdimouna@gmail.com / 115 Angle Boulevard Abderrahim
Bouabid et Rue Bir Hakem, Oasis office center, Premier Étage - Casablanca

Dr.Mouna AJBABDI EL BOUAANANI
Gynécologue-Obstétricienne-Sexologue

SUIVI DE GROSSESSE - ACOUCHEMENT CHIRURGIE - INFERTILITE
MALADIES ET CANCER DU SEIN - MENOPAUSE - ECHOGRAPHIE
COLPOSCOPIE - HYSTEROSCOPIE - COELIOSCOPIE



Women's Center

الدكتورة منى أجبابدي البوعناني
أخصائية في الولادة وأمراض النساء

تتبع الحمل - توليد - الفحص بالصدى - التشخيص
و الجراحة بالمنظار - علاج عقم الزوجين
والمساعدة على الإنجاب - أمراض الثدي - سن اليأس

Casablanca le 23/05/2022

Madame : mimouli aya

facture

Consultation 300dh

Échographie 200dh

Dr AJBABDI Mouna

Dr. MOUNA AJBABDI
GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE
INPE 01240325
GSM : 4212 661 092669
115, Angle Bd Abderrahim Bouabid et
Rue Bir Hakim Oasis Office Center, Casablanca

Email : docteurajbabdimouna@gmail.com

Télé : 06 61 09 26 69

Adresse : 115 Angle Boulevard Abderrahim Bouabid et Rue
Bir Hakim, Oasis office center, Premier Étage - Casablanca