

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.

que :

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

cation :

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 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.

idie 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

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.

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12570	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KBITAT Abdelilah
Nom & Prénom : KBITAT Abdelilah			
Date de naissance :	06/03/1987		
Adresse :	39 lotissement Yasmine 2, rue les crêtes		
Appt 7 ; 3 ^e étage Bachkou			
Tél. :	0607073333	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	DR. AJBARDI MOUAN	GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE
Cachet du médecin :	INPE 0912-10125 GSM : +212 661 092669 15 Angle Bd Abderrahmane Bouabdil et Rue Dr. Lakim Deuis Office Center, Casablanca	
Date de consultation :	20 JUIN 2022	
Nom et prénom du malade :	De Feliciennes / GSS 85A	
Age :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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) : _____

RELEVE 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
06/02	CS		300	DR. A. J. BARDI MOUNA GYNECOLOGISTE CONSEILLER EN INDIENNES
	Echo		300	Rue 115, G.M. 4212, TÉL. 4212-1222

EXECUTION DES ORDONNANCES

Sachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE Luxembourg Yasmine MANDRE Yasmine les Crêtes, 7 Tél.: 0522 82 10 10	6/16/2022	165,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Achat et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

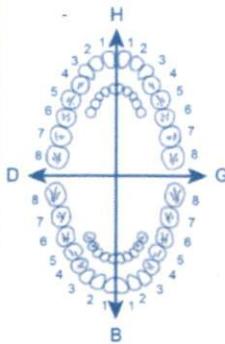
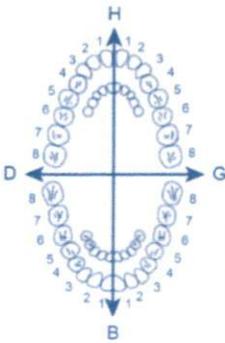
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

Dr. Mouna AJBABI EL BOUAANANI
Gynécologue. Obstétricienne. Sexologue

PPV 18DH30
EXP 11/2024
LOT 10017 6



EMENT CHIRURGIE - INFERTILITE
- MENOPAUSE - ECHOGRAPHIE
OSCOPIE - COELIOSCOPE

Women's Center

الدكتورة منى أجبابدي البو عناني
أخصائية في الولادة وأمراض النساء

تتبع الجدول - توليد - الفحص بالصدى - التشخيص
- علاج عدم الإرتجاع - أمراض الثدي - سن اليأس

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 12/2024
LOT 100447

Ordonnance

Casablanca le : 06 JUIN 2022

Madame : *Himouli Aya*

1. CARIBAN 10 mg :
1 CP x 2 par jour matin et soir

48,40 2. Gaviscon sp :
1 cas / 3 jour, après repas

18,3 3 Cloprame sp :
1cas x 3 par jour 15min avant repas

4. Yofolvit :
1cp / jour matin

5. epinal :
1 cp par jour le soir

98,80 6. neofortan 160 mg :
1cp x2 /j

CLOPRAME® 1mg/ml
Solution buvable 130 ml



NEOFORTAN® 10 COMPRESSES EFFERVESCENTS 160 mg



غافيسكون مزيج معلق للشرب في قارورة سعة 150 مل

التركيبة: الجينات المصريوم ----- 10 غ
بيكربونات البوتاسيوم ----- 2 غ

السواغات: كـل جرعة واحدة من 100 مل

فائدة السواغات ذات التأثير الماءوظ:

بارهيدروكسيتزاوات

الميلن و البروكلين.

دواعي الاستعمال:

بور غافيسكون

أنفاس تنفسية سريعة ،

تدم طويلا، ضد حرقة

المعدة وعسر الهضم.

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم.

Soulever ici.
Ne pas enlever.

e 150ml

Dr AJBABDI Mouna

DR.AJBABDI MOUNA
GYNECOLOGUE OBSTETRICIENNE
N° 08R12 10325
GSM: +212 661 092669

لا يترك جيدا قبل الشرب.
لا تترك في متناول الأطفال.
لا يجب التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 متوا.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de license au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N° 08R1/2020 DMP/21/NRQd

PPV: 48 DH 40



BN ADK198
DOM 02/2022
EXP 02/2024

3122756

Email : docteurajbabdimouna@gmail.com

Télé : 06 61 09 26 69

Adresse : 115 Angle Boulevard Abder Bir Hakim, Oasis office center, Premi

Dr.Mouna AJBABDI EL BOUANANI

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 البو عناني

أخصائية في الولادة وأمراض النساء

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

Casablanca le :06/06/2022

Madame : mimouli aya

facture

Consultation 300dh

Échographie 200dh

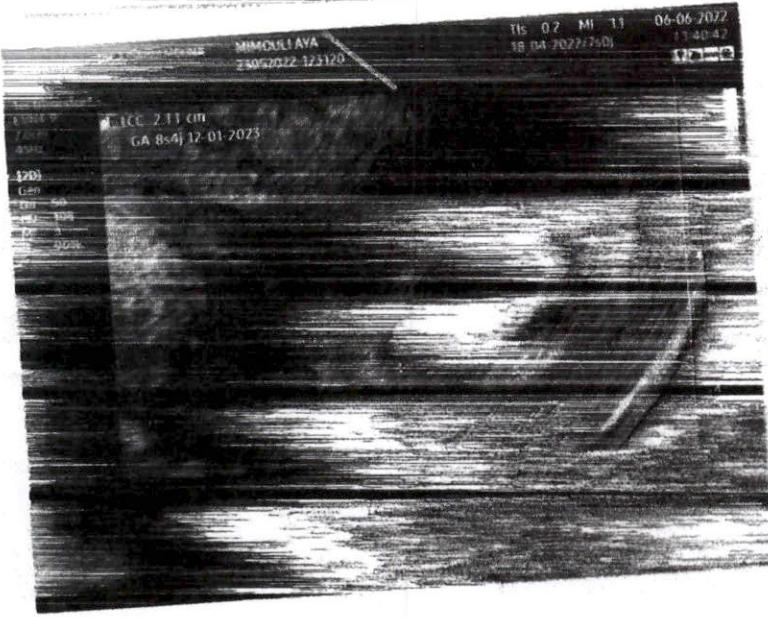
Dr AJBABDI Mouna

DR AJBABDI MOUNA
GYNECOLOGUE OBSTETRICIENNE
INPE 091240325
GSM : +212 661 032669
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



الدكتورة منى أجبابدي البو عناني

Echographie Obstétricale du 1^{er} Trimestre

NOM & PRENOM : Time TITTOULI Aga
Date : 06 JUIN 2022
Opérateur :

Examen réalisé par :

Indication : Bilan échographique du 1er trimestre

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

Nombre d'embryon :

→ vitalité : Bonne mobile, présentant une activité cardiaque régulière

LCC= 9 mm ce qui correspond à 8 SA+ 1 j
 SG= 9,3 mm ce qui correspond à 8 SA+ 1 j

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

Conclusion : Grossesse intra-sutérin de $\frac{3}{2}$ A.G. sans particularité.