

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

- Reclamation : 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° W19-564642

130622

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12513 Société : RAD

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALEHDDINE NARIAN

Date de naissance : 16/03/1986

Adresse : OASIS SPANC IMAG app 01 RDC

Tél. : 0514484038 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 SEPT 2022

Nom et prénom du malade : Affection gynécologique

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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) :

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
02 SEP 2022	CS	290	15000	DR. AJBARDI MOUNA
		290		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02 9 2022	625,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire 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	

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 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

SUIVI DE GROSSESSE - ACOUCHEMENT CHIRURGIE - INFERTILITE
MALADIES ET CANCER DU SEIN - MENOPAUSE - ECHOGRAPHIE 3D/4D
COLPOSCOPIE - HYSTEROSCOPIE - COELIOSCOPIE



Ordonnance

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

02 SEPT 2022

The SALEHDDINE Paradigm

168,20
- Augmentin 5g sachet
ss x 2/3 salt 7g
89,00
99,00
39,70
47,80
10,30
21,70
Sclagheil TI sacc x 2/3
Dermasph Spray 1 Bulb x 3/3
Fucidine creme
sacc x 2/3
Dazen scc x 3/3
Doliprane 500mg scc x 2/3
Compresses stiles

☎ 06 61 09 26 69



**115 Angle Boulevard Abderrahim Botuabid et Rue
Bir Hakim, Oasis office center, Premier Étage Casablanca**

79,50

- Carbosorb Transit Sepa 3/19
Après repds.

69,90

- Krynox for sociale 19
Elt 2 sem

SL

SL

ABENACE DALAL
Rue des Vieux
Jasis - Casablanca
05 22 99 27 54

SD28 0425

LOT PER

Prix 89-00

PPU: 168,20 DH
LOT: 649463
PER: 02/24

LOT: 210 507
PER: 08/2024
PPC: 79,50 DH

CARBOSORB
Transit

ABDI MOUNA
INPE - 05 22 99 27 54
GSM: +212 661 25 25 25
115, Angle Bd Abdou Moumoune et
Rue Bir Hakim Ouis Office Center, Casablanca

DERMASEPT[®]
SPRAY

LOT: 1813
EXP: 06/25
PPC: 99,00 DH

Dr.Mouna AJBABI EL BOUAANANI

Gynécologie-Obstétrique-Sexiologie

SUIVI DE GROSSESSE - ACOUCHEMENT CHIRURGIE - INFERTILITE

MALADIES ET CANCER DU SEIN - MENOPAUSE - ECHOGRAPHIE 3D/4D

COLPOSCOPIE - HYSTEROSCOPIE - COELIOPROSCOPIE



Women's Center

facture

الدكتورة منى أجابدي البوعناني

أخصائية في الولادة و أمراض النساء

تتبع الحمل - توليد - الفحص بالصدى - التشخيص

و الجراحة بالمنظار - علاج عقم الزوجين

و المساعدة على الإنجاب - أمراض الثدي - من الباس

Mme : *Saleh*

date: *02-09-22*

Consultation = 200dh

Echographie = 300dh

Signature et cachet



docteurajbabbimouna@gmail.com



05 22 99 10 37 / 06 70 04 05 69



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

DASEN® 10 000 UI 

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



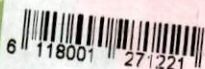
6 118000 181064

AUGMENTIN 1 g/125 mg 

16 sachets



6 118000 160182



6 118001 271221

SEDASTERIL+

FAB

06.2021

PER

06.2024



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

Nom & Prénom : **Mme SALEHDDINE Mouna**

Date de naissance :

Date: **02 SEPT 2022**

Opérateur :

Modalités d'exams: Voie Endovaginale.

-Utérus en position **antéverse**, de contours régulier mesurant **l=8cm** d'échostructure homogène. **l=4cm**

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.
Epaisseur de l'endomètre de **30mm**

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : **/RAS**
- Ovaire gauche : **/RAS**

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie endovaginale **sans particularités**

DR. AJBABDI MOUNA
GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE
115 Angle Boulevard Abderrahim Bouabid et
Rue Bir Hakim Oasis Office Center, Casablanca
Tél : 05 22 99 10 37 / 09 26 69 12 40
Fax : 05 22 99 10 37 / 09 26 69 12 40

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

Patient

N° 02092022-192200
Nom SALEHDDINE, MARIAM
D. naissance 16-03-1986
Sexe Féminin

Exam

N° d'accès
Dte exam. 02-09-2022
Description
Opérateur

