

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.

Reéducation :

- 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-790186

162753

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 100 18	Nom & Prénom : BEN YOUNES YASSIN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 02/02/1971		Adresse : Appart 8 Immeuble 28 résidence jardins de sous Hay Mohamed 1 Agadir Maroc	
Tél. : +212 661 417171		Total des frais engagés : 710,80 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <p>Dr. Karima ELHAFFI GYNECOLOGIE & OBSTETRICIENNE Res. Yassine 3ème Etage Av. El Moudawine & Av. Caduveo Tel. Fax: 0522 22 77 77 - Maroc</p>			
Date de consultation : 13/03/2023			
Nom et prénom du malade : MAZHIA BI KADIMA Age : 27 ans.			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Suivi de Grossesse.			
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 : **Agadir**

Signature de l'adhérent(e) :

Le **13/03/2023**

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
13/03/2023 CS		GT		INP : 097744311

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUZOUF Mounir Tél: 0528 22 84 27 AGADIR	13.03.23	710,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

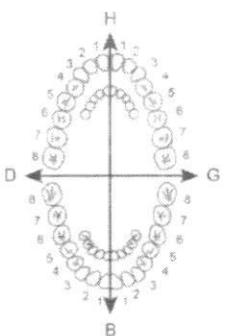
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

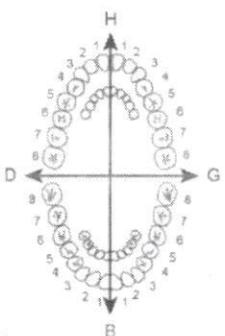
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DR. ELHAFIDY KARIMA

Gynécologue obstétricienne

- Suivi de grossesse et accouchement
- Echographie 2D-3D-4D - Doppler
- Chirurgie gynécologique et cancérologique
- Coelio chirurgie-Hystéroskopie-colposcopie
- Stérilité du couple (AMP) - Ménopause

د. الحفيضي كريمة

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد



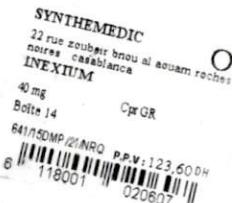
مراقبة الحمل و الولادة

الفحص بالصدى 4D - 3D - 2D

الفحص بالمجهر - الجراحة بالمنظار

جراحة السرطان

المساعدة الطبية على الإنجاب - سن اليأس



13/03/2023

Mme KARIMA MAZHARI



INEXIUM 40 mg Comprimé GR 4

1 CP LE MATIN A JEUN

DIGESTINE

1 1 1

D-CURE FORTE

1 AMP/15 JOURS



2 Boîtes

2 Boîtes



710,80

إقامة ياسمين الطابق الثالث رقم 38 ملتقى شارع المقاومة وقاضي عياض - أكادير

Résidence Yassmine 3ème étage N° 38, Angle Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayad Agadir - Tél / Fax : 05 28 38 27 27

Gsm : 06 61 96 46 52 -Email : drkarimaelhafidy@gmail.com

فيريفين

مركب هيدروكسيد
الحديد - سكاروز

20
mg/ml

محلول للحقن
عن طريق الوريد

Ferivine 20 mg/ml

Complexe d'hydroxyde ferrique - Saccharose
Boîte de 5 Ampoules de 5 ml



6 118001 273065

علبة
5
أمبولات
من 5 مل

AMM N° : 477/17 DMP/21/NNP

Lot N° : 100826

PPV: 244,00 DH

Fab : 03/2021

Per : 03/2024



فيريفين

مركب هيدروكسيد
الحديد - سكاروز

20
mg/ml

محلول للحقن
عن طريق الوريد

Ferivine 20 mg/ml

Complexe d'hydroxyde ferrique - Saccharose
Boîte de 5 Ampoules de 5 ml



6 118001 273065

علبة
5
أمبولات
من 5 مل

AMM N° : 477/17 DMP/21/NNP

Lot N° : 100826

PPV: 244,00 DH

Fab : 03/2021

Per : 03/2024



01

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

Solution huileuse buvable



D3 07/07

100 000 ml

GL-3

300 ml

Réboursable

Fabriqué par : **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

6



18001320103

01

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

Solution huileuse buvable



D3 07/03

100 000 ml

GL-3

300 ml

Réboursable

Fabriqué par : **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

6



18001320103