

## 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 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.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-813065

171729

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEN MOUMEN Yassir / 02/08/1995  
 Date de naissance : 02/08/1995  
 Adresse : 06 sous Hay Rohame di Agadir Maroc  
 Tél : +212 661 41 71 74 Total des frais engagés : 724,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/08/2023  
 Nom et prénom du malade : MAZHARI KARIMA Age : 1995  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : problème 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 : Agadir Le : 02/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : Ben

Autorisation CNEP N° : A-A-215/2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le Paiement des Honoraires
02/08/23	Eligé		500,00	Dr. Karim ELHAMDI Ouvrier de la Mutuelle W. El Moukharremia 14, P.V. Cadi Ayad - AGADIR 501 23 44 77 - 501 23 44 77

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
02.08.23	224,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

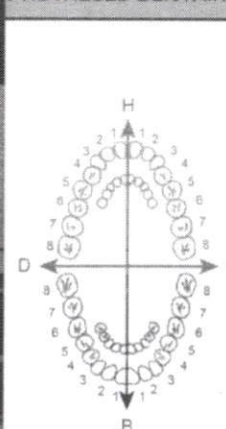
# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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	G
D	00000000	00000000	B
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR. ELHAFIDY KARIMA

Gynécologue obstétricienne

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



د. الحفيضي كريمة

إختصاصية 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

02/08/2023

Mme KARIMA MAZHARI

44.20

PRIMOLUT-NOR 10 mg Comprimé sécable

2CP/J 5 JOURS PUIS 1 CP/J 15 JOURS

60.00 x 3

FERPLEXE

1FLACCON/J



(± Mois)



20 jours

224.20



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

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

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





10 mg 30 comprimés

Primolut® Nor ☒

بريمولوت - نور®

أسيات النوريستيرون



44,20



# FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant:  
ITALFARMACO S.A  
C/San Rafael 3  
28108-ALCOBENDAS (MADRID)  
Espagne.

Importateur:  **versalya**  
La femme et son enfant  
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA  
Zone industrielle du Sahel lot 149.  
Had Soualem. Province Berrechid. Maroc  
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable  
Médicament autorisé N° 182/19 DMP/21/NRS

**FERPLEX® 40 mg**   
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs





# FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant:  
ITALFARMACO S.A  
C/San Rafael 3  
28108-ALCOBENDAS (MADRID)  
Espagne.

Importateur:  
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA  
Zone industrielle du Sahel lot 149.  
Had Soualem, Province Berrechid, Maroc  
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable  
Médicament autorisé N° 182/19 DMP/21/NRS



**Versalya**

La femme et son enfant

**FERPLEX® 40 mg** ○

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



211872/08



# FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant:  
ITALFARMACO S.A  
C/San Rafael 3  
28108-ALCOBENDAS (MADRID)  
Espagne.

Importateur:  
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA  
Zone industrielle du Sahel lot 149.  
Had Soualem, Province Berrechid, Maroc  
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable  
Médicament autorisé N° 182/19 DMP/21/NRS



**Versalya**

La femme et son enfant

**FERPLEX® 40 mg** ○

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



211872/08



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



- ☉ مراقبة الحمل و الولادة
- ☉ الفحص بالصدى 2D - 3D - 4D
- ☉ الفحص بالمجهر - الجراحة بالمنظار
- ☉ جراحة السرطان
- ☉ المساعدة الطبية على الإنجاب - سن اليأس

Dr. Karima ELHAFIDY  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE  
Es. Yassmine 3ème étage N° 38, Angle  
Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayad - AGADIR  
Tél : 05 28 38 27 27 - Fax : 05 28 38 27 27

## Note d'honoraire

INPE : 091144311

Nom et Prénom : **MAZHARI KARIMA**

Désignation	Montant
CONSULTATION+ECHO	500,00
<b>Total</b>	<b>500,00</b>

Arrêter la Présente Note à la somme de : Cinq cents dhs (500,00)

Dr. Karima ELHAFIDY  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE  
Es. Yassmine 3ème étage N° 38, Angle  
Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayad - AGADIR  
Tél : 05 28 38 27 27 - Fax : 05 28 38 27 27





## Gynécologie Rapport

Page 1/2

Dr EL HAFIDY KARIMA GYN/OE

## Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 02.08.2023

ID Patient VS6001933-22-10-24-10  
Nom MAZHARI KARIMA  
DOB, Age 23.08.1995, 27  
Sexe Féminin

Ovul. prévue  
Jour du cycle  
Jour de stim.

Gestité  
Parité  
AB  
Ectopique

DDR

Praticien  
Commentaire

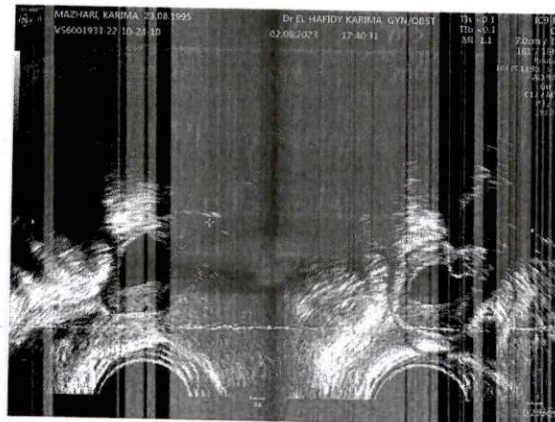
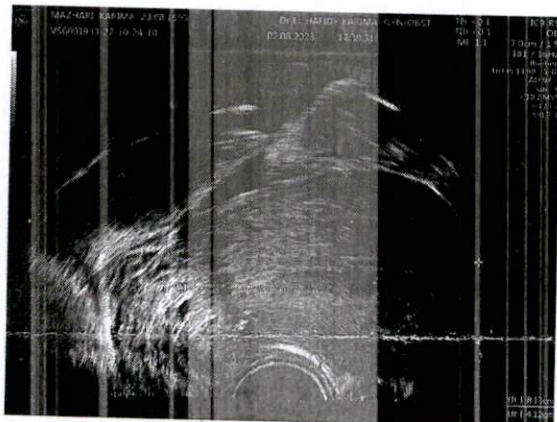
Méd. réf.  
Indication

Échographiste

Mesures 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Utérus								
Longueur	8.13 cm	8.13						moy.
Largeur	4.12 cm	4.12						moy.

Générique 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Dist.								
D	2.93 cm	2.93						moy.

## Images



## Commentaire

ECHOGRAPHIE PELVIENNE DANS LES LIMITES DE LA NORMAL

Dr. Karima EL HAFIDY  
GYNÉCologue Obstétricienne  
Rue Youssef el Khatib, 2ème Etage N° 38  
Angle Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayao  
AGAIR - Tél Fax: 05 28 38 27 27

1 / 2  
02.08.2023 17:42:36



Nom :

**MAZHARI KARIMA**

ID patient :

**VS6001933-22-10-24-10**

Date:

**02.08.2023**

Praticien:

Echograph.: