

## 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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire ayant 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 canalaire.

### 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

- Réclamation : 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.

N° W21-813065

271729

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Maladie  Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN MOUIMENT Yassir / 21/02/1971

Date de naissance :

Appt 8 Immeuble 28 Résidence Jardins

Adresse :

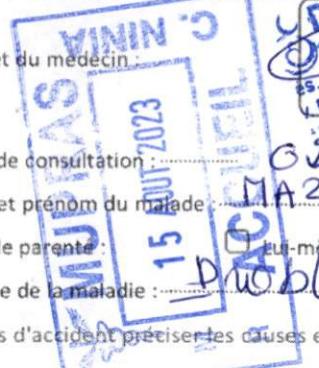
de sousse Hay Nohame di Agadir 20000

Tél. +212 661 41 91 34

Total des frais engagés : 724,20 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/08/2023 MAZHARI KARIMA Age : 1095

Nom et prénom du malade :

02/08/2023 MAZHARI KARIMA Age : 1095

Lien de parenté :

Etre-mére 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 piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

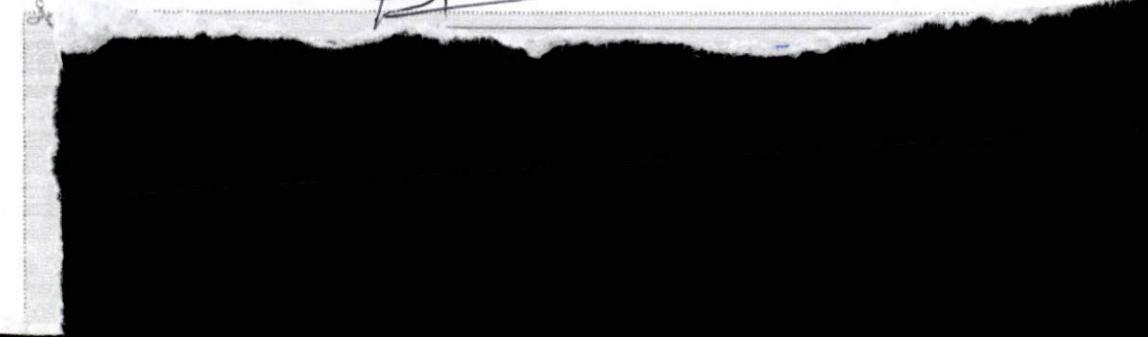
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Agadir Le : 02/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ben



### 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 Honoraires
02/08/23	Examen		500,00	DR. KADDOUSS ELHAMDY Dr. GYNÉCOLOGUE ET CHIRURGIEN les Yassirine Sidi Sidi El Aïad - AGADIR El Mosquinesse 1 Av. Cadi Ayyad - AGADIR Tél: 0524 22 84 27

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUZOUF Mounir Tél: 0524 22 84 27 AGADIR	02.08.23	224,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

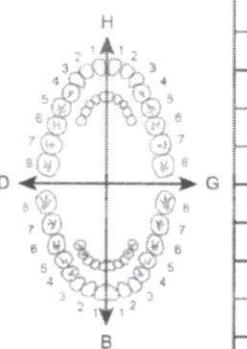
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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

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	

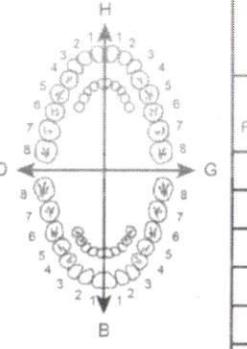
**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000 00000000	
35533411 11433553	
G	
B	

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



DR. ELHAFIDY KARIMA

Gynécologue obstétricienne

- Suivi de grossesse et accouchement
- Echographie 2D-3D-4D - Doppler
- Chirurgie gynécologique et cancérologique
- Coeilic 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

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



20 Jours

( ± Mois )

224,20

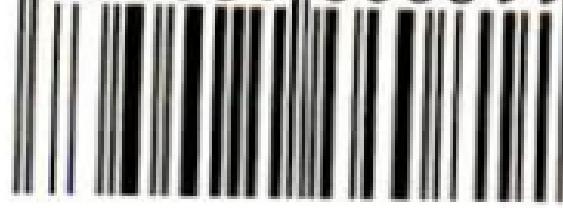


إقامة ياسمين الطابق الثالث رقم 38 ملتقى شارع المقاومة وقاضي عياض - أكادير

Résidence Yassmine 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

6 118000 120568



10 mg 30 comprimés



Primolut® Nor

سیارات الخواز (بیت خوارز) ون

5



44, 20

# FERPLEX®

Fer protéinsuccinylate 40 mg

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



6 118001 440016

# FERPLEX®

40 mg

Fer protéinsuccinylate

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



Versalya

La femme et son enfant

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

FERPLEX®

40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

211872/08

# FERPLEX®

40 mg

Fer protéinsuccinylate

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



La femme et son enfant

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

FERPLEX®

40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

211872/08

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



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

Dr. Karima ELHAFIDY  
GYNECOLOGISTE OBSTETRICIENNE  
es. Yassmine 3ème étage N° 38, Angle  
El Mouquawama & Av. Cadi Ayad - AGADIR  
Tél / Fax : 05 28 38 27 27 - 05 28 38 1424

05/05/2023

## 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  
GYNECOLOGISTE OBSTETRICIENNE  
es. Yassmine 3ème étage N° 38, Angle  
El Mouquawama & Av. Cadi Ayad - AGADIR  
Tél / Fax : 05 28 38 27 27 - 05 28 38 1424

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

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

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

## **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

Méd. réf.

## Échographiste

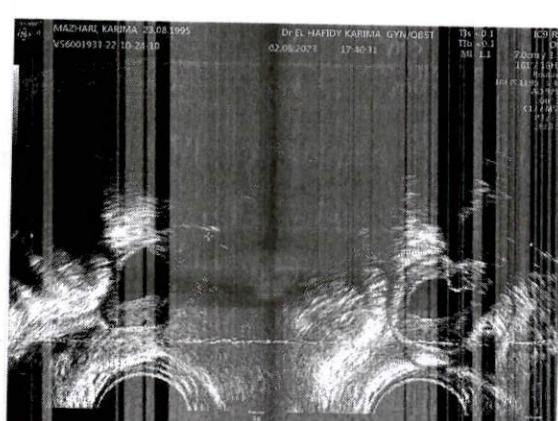
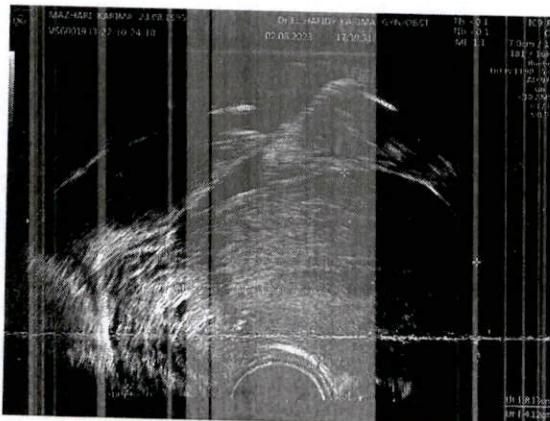
### Commentaire

### *Indication*

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

Générique 2D	Valeur	<i>m1</i>	<i>m2</i>	<i>m3</i>	<i>m4</i>	<i>m5</i>	<i>m6</i>	Méth.
Dist.								
<i>D</i>	<b>2.93 cm</b>	<b>2.93</b>						mev.

## Images



### Commentaire

## ECHOGRAPHIE PELVIENNE DANS LES LIMITES DE LA NORMAL

Dr. Karima ELHAFIDY  
GYNÉCOLOGUE SPÉCIALISÉE EN FERTILITÉ  
100, YOUSSEF MANSOUR Eloua N° 38  
Angle Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayyad  
AGAF - Tel Fax: 0528 38 27 27

Nom : **MAZHARI KARIMA**

ID patient : **VS6001933-22-10-24-10**

Date: **02.08.2023**

Praticien:

Échograph.: