

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-803223

172723

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

10012

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN NOU NEN YASSI R

Date de naissance :

02/02/1971

Adresse : Apt 8 Immobilier 28 Résidence Jard de soins Agadir Hay Nokha di Nace  
Tél. +212 661 61 7174 Total des frais engagés : 357 DH Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

C. NINA	Date de consultation :	CACHET DU MÉDECIN	
		ACCUEIL	RECEPTION
MUPRAS	21/06/2023	M. MAZHARI	
15		KARIMA	



21/06/2023  
MAZHARI KARIMA

Age: 1995

Lui-même     Conjoint     Enfant

Présente gym écologique

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 : 21/06/2023

### 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
21/06/23	ss		309,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.06.23	57,00

### 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.

COEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DEBUT D'EXECUTION													
FIN D'EXECUTION													
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"><tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	00000000											
G	35533411	11433553											
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-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

21/06/2023

**Mme KARIMA MAZHARI**

57.00

**DICYNONE 500 mg , Comprimé**

1      1      1



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

دیکنون 500 ملغ  
إطا مسيلات

20 قرصاً



57,00

**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

## Note d'honoraire

Dr. 21/06/23  
 ELHAFIDY  
 GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE  
 Rés. Yassmine 3<sup>e</sup> étage N° 38  
 Angle Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayad  
 AGADIR - TÉL / FAX : 05 28 38 27 27  
**INPE : 091144311**

Nom et Prénom : **MAZHARI KARIMA**

Désignation	Montant
Examen clinique	300,00
<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Arrêter la Présente Note à la somme de : Trois cents dhs (300,00)

Dr. Karima ELHAFIDY  
 GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE  
 Rés. Yassmine 3<sup>e</sup> étage N° 38  
 Angle Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayad  
 AGADIR - TÉL / FAX : 05 28 38 27 27

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



## Gynécologie Rapport

Page 1/2

Dr EL HAFIDY KARIMA GYN/OE

Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 21.06.2023

ID Patient	VS6001933-22-10-24-10	Ovul. prévue	Gestité
Nom	MAZHARI KARIMA	Jour du cycle	Parité
DOB,Age	23.08.1995,27	Jour de stim.	AB
Sexe	Féminin		Ectopique

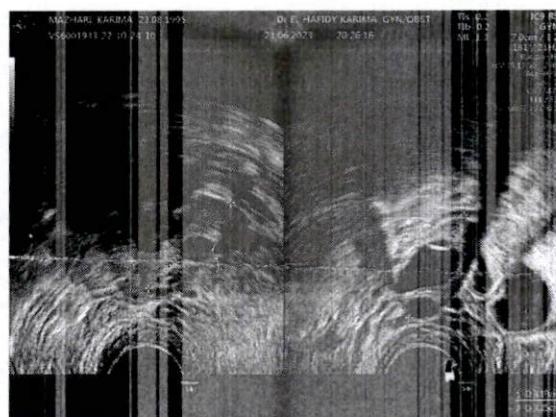
DDR

Praticien	Méd. réf.	Échographiste
Commentaire	Indication	

Mesures 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
<b>Utérus</b>								
Longueur	8.03 cm	8.03						moy.
Largeur	4.91 cm	4.91						moy.

Générique 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
<b>Dist.</b>								
D	3.22 cm	3.19	3.25					moy.

## Images



## Commentaire

ECHOGRAPHIE PELVIENNE DANS LES LIMITES DE LA NORMALE

Nom : MAZHARI KARIMA

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

Date: 21.06.2023

Praticien:

Échograph.:

