

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.



Declaration de Maladie

N° W19-425955

N.D. 33974 A

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11415 Société :

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : HOUSS ST D

Date de naissance : 13/12/1970

Adresse : RAY AL MASSARA - BIT EL LOU

Tél. : 0661343602 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HOUSS KHADEJA Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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
avoir pris connaissance du droit relatif à la protection des données personnelles.

Fait à : AS Le : 02/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-425955

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
17/03/2020	G - Ehu	4.00 d.t.		INP : 041207058

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/20	1306,70

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXE

Dr. MERAOUF Mohamed

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
et accouchements, Coelio - Chirurgie
Maladies sexuelles - Maladies et cancers
des seins - Maladies et cancers de l'utérus
Colposcopie - Hystérocopie - Stérilité du couple
Echographie 2D - 3D - 4D Doppler couleur
Procréation médicalement assistée (FIV - ICSI)



الدكتور مرؤوف محمد

إختصاصي في الجراحة و أمراض النساء
الولادة، أمراض الثدي، الأمراض التناسلية
الفحص بالصدى 4D-3D-2D
الفحص و الجراحة بالمجهر
العقم عند الزوجين
جراحة سرطان الثدي و الرحم
المساعدة الطبية للانجاب

أكادير، في : 17 MARS 2020 Agadir, le :

ABU SS - KHADIJA

HARMACIE MAZINE
N° 1, Lot. Anassim Fay Fath
Tél : 05.28.84.24.37

primolut nor

on SP 10 x 20 joi

sur 05ème

sur 25ème

joi

60/00 x 21

21 Feplex

1 couple x 2

13 ob, jo

الدكتور مرؤوف محمد
Dr. MERAOUF Mohamed
Gynécologue - Accoucheur -
شارع الحسن الثاني 2 / 05 28 84 80 18 / 05 28 84 80 37
عمارة افران 3 - 06 62 54 45 10 - AGADIR

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016



Primolut® Nor 2
10 mg 30 comprimés

بريبيموليت®
أستات النورديستيرون
نور



46,70

عيادة أمراض النساء و التوليد

CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Dr. MERAOUF Mohamed

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
et accouchements

Maladies sexuelles - Maladies et cancers
des seins - Maladies et cancers de l'utérus

Colposcopie - Hystérocopie

Echographie 2D - 3D - 4D - 5D - Doppler couleur

Procréation médicalement assistée (FIV - ICSI)



الدكتور مَرْؤُوف محمد

إختصاصي في الجراحة و أمراض النساء
الولادة، أمراض الثدي، الأمراض التناسلية

الفحص بالصدى 2D - 3D - 4D - 5D

الفحص و الجراحة بالمجهر

العقم عند الزوجين

جراحة سرطان الثدي و الرحم

المساعدة الطبية للإنجاب

Date examen : 17/03/2020

Nom: AOUSS KHADIJA

DDR : _/_/_

VESSIE: Transonnique normale

VAGIN ET COL : RAS

UTERUS:

Position : ANTEVERSE
Contours : REGULIERS
Echostructure : NORMALE
Endomètre : NORMALE
Cavité Uterine : VIDE
Dimension : NORMALE

OVAIRES:

Droit : KYSTE OVARIEN 15 MM
Gauche : Ras

TROMES:

Droit : RAS
Gauche : RAS

DOUGLASS : Libre

CONCLUSION

KYSTE OVARIENE DROIT

الدكتور مَرْؤُوف محمد
Dr. MERAOUF Mohamed
Gynécologue - Accoucheur
عيادة افران 2 الطابق 3 شارع الحسن الثاني - أكادير
Tél: 05 28 84 80 18 / 05 28 84 80 37
GSM: 06 62 54 45 10 - Agadir

NOTE D'HONORAIRE

LE : 17/03/2020

NOM ET PRENOM : AOUSS KHADIJA

EXAMEN : CONSULTATION + ECHOGRAPHIE

MONTANT : 400DH

QUATRE CENTS DIRHAMS

ICE 001615063000037

Dr. MEDA LILIE MOITAMED
Gynécologue - Accoucheur
Tél : 05 28 86 18 10 - 20 44 88 57
GSM : 05 28 86 18 10 - 20 44 88 57
AGADIR



Dr MERAOUF Mohamed GYN/OBST

TIs <0.1 17.03.2020

Tib <0.1 9:50:07 AM

MI 0.6 C2-9-D

42Hz/10.7cm

70°/2.1

Endometrium/GYN

HI L 8.50 - 3.90

Gn 5

C6/M7

TF4/E3

SRI H 2/CRI 1

510505 20 03 17 1



Ut-L 1.57cm

Ut-H 0.00cm