

## 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-577161

48968

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

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2141 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABEROUCH AÏSSA

Date de naissance : 04/10/1951

Adresse : Immeuble EL KENZEH - Av. des FAR - AGADIR

Tél. : 0707041051 Total des frais engagés : 1178,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2020

Nom et prénom du malade : AL-KELLAD Nagma

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Dr. Amine ZOUHRA  
Ancien Professeur Faculté de Médecine  
Généraliste - Casablanca - Spécialité : Pédiatrie  
N° 1111111111 - 07 07 04 10 51

**MUPRAS**  
25 NOV. 2020  
ACCUEIL



### 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
07/10/20	P.R.V.		200,00	INF : 0440111214

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/20	178,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/10/20	Biostris	300,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Docteur Amina ZOUHAL

Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique et accouchement

- Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et C.H.U avicenne de Rabat
- Stérilité du couple (fécondation in vitro - ICSI-IIU).
- Diplôme de coelioscopie du CICE. Clermont-Ferrand, France.
- Diplôme d'Echographie de Montpellier France
- Chirurgie Gynécologique
- Chirurgie des cancers de la femme
- Chirurgie par voie basse à Lyon- France
- Sénologie- Chirurgie du sein -Colposcopie - hysteroscopie
- Ex Directrice de l'Hôpital Hassan II d'Agadir



## الدكتورة أمينة زحال

أخصائية أمراض النساء والتوليد

- أستاذة سابقا بكلية الطب وبمستشفى ابن سينا بالرباط
- عقم الزوجين (التلقيح الاصطناعي - التلقيح تحت المجهر)
- دبلوم من المركز الدولي لجراحة بالمنظار
- بجامعة كلير مونت- فيراند فرنسا
- دبلوم الإكوافيا بجامعة منبليي بفرنسا
- جراحة أمراض النساء
- جراحة الثدي وأمراض السرطان للنساء
- مديرة مستشفى الحسن الثاني بأكادير سابقا

07 Octo 2020

Agadir le, ..... أكادير في:

## ORDONNANCE

7° AL-KEDDAD. NAGNA

1) Hygiene

Tout le jour = 6 j - 6

69,90 DHS

2) Gynoflor

Tout le jour = 2 j

178 DHS



Distribué par: ZENITHPHARM  
96 Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc, Dr. M. EL BOUHADI,  
Pharmacien Responsable

AMM N° 395/17DMP21/NRQ  
PPV: 69.90 DHS

PHARMACIE BOUJ TASSILA  
45 Imm. 14 Programme Tigard  
Avenue des FAR - AGADIR  
Tél: 05 28 82 32 13

Dr. Amina ZOUHAL  
Ancien Professeur Faculté de Médecine  
Gynécologie - Obstétrique - Accouchement  
Imm. Marhaba 2ème Etage Talborjt Agadir  
Tél: 05 28 84 35 36

Distribué par: ZENITHPHARM  
96 Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc, Dr. M. EL BOUHADI,  
Pharmacien Responsable

AMM N° 395/17DMP21/NRQ  
PPV: 69.90 DHS

Immeuble Marhaba 2ème Etage Talborjt (en face de l'Erac-Sud) Agadir

Tel : 05 28 84 35 36 - Fax : 05 28 83 38 85

E. mail : drzouhal@yahoo.fr





## Docteur Amina ZOUHAL

*Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique et accouchement*

- Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et C.H.U. avicenne de Rabat
- Stérilité du couple (fécondation in vitro - ICSI-IIU).
- Diplôme de colioscopie du CICE, Clermont-Ferrand, France.
- Diplôme d'Echographie de Montpellier France
- Chirurgie Gynécologique
- Chirurgie des cancers de la femme
- Chirurgie par voie basse à Lyon- France
- Sénologie- Chirurgie du sein -Colposcopie - hysteroscopie
- Ex Directrice de l'Hôpital Hassan II d'Agadir



## الدكتورة أمينة زحال

أخصائية أمراض النساء والتوليد

- أستاذة سابقا بكلية الطب ومستشفى ابن سينا بالرباط
- عقم الزوجين (التلقيح الاصطناعي - التلقيح تحت المجهر)
- دبلوم من المركز الدولي لجراحة بالمنظار
- جامعة كليرمونت- فيراند فرنسا
- دبلوم الإكوكرافيا بجامعة متيليبي بفرنسا
- جراحة أمراض النساء
- جراحة الثدي وأمراض السرطان للنساء
- مديرة مستشفى الحسن الثاني بأكادير سابقا

أكادير في: 07/12/2020 Agadir le,

## NOTE D'HONORAIRES

La note d'honoraire concernant Mme: Al. Kellal Nagma  
s'élève à 20000 (vint mille dirhams)

*(Signature of Dr. Amina Zouhal)*  
Dr. Amina ZOUHAL  
Ancien Professeur de Médecine et C.H.U. avicenne de Rabat  
Gynécologie- Obstétrique et accouchement  
Immunologie  
Tél: 05 28 84 35 36  
E-mail: drzouhal@yahoo.fr



Centre Ibn Rochd  
d'Anatomie Pathologique  
et Cytodiagnostic



مركز ابن رشد  
لتحليل الأنسجة و الخلايا المريضة

Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHAJEB

الدكتور يوسف بوحاجب

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et Interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

**BON D'EXAMEN**

Renseignements Cliniques : .....

Depistage

Orientation Diagnostique: .....

Antécédents Pathologiques: .....

Traitements Antérieurs: .....

Biopsies/Cytologies Antérieures N°: .....

Type d'Opération: .....

Pièce Remise: (spécifier la région anatomique et latéralité): .....

DDR: ..... Ménopause : ..... Thérapie hormonale : .....

N° D'enfant(s) : ..... N° d'Avortements : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature et cachet du Médecin Traitant

Partie réservée au médecin traitant

Médecin traitant : .....

Nom et Prénom du patient : *Dr. Amina ZOUHAL* *Al-Khouja* *Najma*

Sexe : M ☐ F ☒

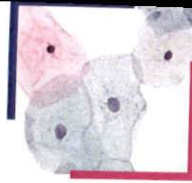
Date de naissance : ..... / ..... / .....

Avenue Hassan II, Immeuble Aït souss, 2<sup>ème</sup> étage, Agadir شارع الحسن الثاني، عمارة أيت سوس، الطابق الثاني - أكادير

Tél : 05 28 82 82 82 - Fax : 05 28 82 84 94 - E-mail : anapath.ibnrochd@gmail.com

www.anapath-ibnrochd.com





Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

**Dr Youssef BOUHAJEB**

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et Interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

**الدكتور يوسف بوحاجب**

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Agadir le, 07/10/2020

Nom et Prénom : **AL KEDDAD najma**

N° Examen : **C0100721**

Date réponse : **08/10/2020**

## FACTURE N° 20/2871

Nature du prélèvement

Frottis en monocouche

Prix TTC

300,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois cents Dirhams

Signé : **Dr. BOUHAJEB Youssef**

**CENTRE IBN ROCHD**  
D'Anatomie Pathologique  
Av. Hassan II, Immeuble Alt Souss  
2ème étage, Agadir  
Tel : 0528 82 82 82 Fax : 0528 82 84 98