

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 045386

ND 53457

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAYTILILA

Agadir

Tél. : 0667122441 Total des frais engagés : 957,66 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : BOUHOU NAIRIA Age :

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

Nature de la maladie : Bouhou NAIRIA (algies pelviennes)

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
22/10/2020	C2	1500	1500	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/2020	457.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/10/2020	735	350

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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>		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														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



# Dr. Kamal SARJDINE

Spécialiste en Gynécologie obstétrique  
Accouchement - Chirurgie Gynécologique  
Stérilité du Couple - Maladies du Sein  
Echographie



## الدكتور كمال سارج الدين

إختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي  
عقم الزوجين  
الكشف بالأمواج فوق الصوتية

أكادير، في : 22 OCT 2020 Agadir, le :

Bouhou. NARNA.

30.80 x 2

Duphaston 10mg (Bouteille)

1/2 matin / 1/2 jour  
Soir

PHARMACIE DES PARFUMS  
28, Avenue Mohammed VI Ben Barka  
Riad Salim Agadir  
Tel: 05 28 23 09 42

16 au 25 jours  
1/2 matin / 1/2 jour  
1/2 jour / 1/2 nuit  
1/2 nuit / 1/2 jour

143,00  
4

Osteo 24

133,00  
3

Arcoxia 90mg

457,60

1/2 matin / 1/2 jour



6 118000 010517  
maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 90DH80  
Rachid Lamrini: Pharmacien Responsable

6 118000 010517  
maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 90DH80  
Rachid Lamrini: Pharmacien Responsable

OSTEO24

PVC : 143,00 DH

Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NT0  
6 118001 160044



Immeuble M1 - Appartement 19 - 2ème étage - Avenue Moulay Abdellah - Agadir

Tel/Fax : 05 28 84 39 19



Dr SARJDINE KAMAL  
Diplome De Sterilite du couple (Paris)  
Procreation-Assistee : IAC-FIV-ICSI  
Ces De Gynecologie-Obstetrique  
Diplome De Coelio-Chirurgie  
Hysteroscopie-Echographie  
Chirurgie-Gynecologique  
Maladies Du Sein-Colposcopie  
ICE 001658392000071  
I.D.F 40238417  
INP 041001082

AGADIR le

22 OCT. 2020

Note d'honoraires pour Mme :

Bouhrou NAÏMA

Consultation Gynécologique : c 2 : 150,00 DH.  
Echographie Pelvienne : z 35 : 350,00 DH.

Arrêtée la présente somme de cinq cent dirhams.

Imm M1 App 19Av My Abdellah  
Agadir .Tel/Fax028.84.39.19

Dr. Kamal SARJDINE  
Gynécologue Obstétricien  
Imm 41 Appt. 19 2ème Etage  
Av. My Abdellah - AGADIR  
Tel. 05 28 84 39 19



# DR. KAMAL SARJDINE

IMM. M1 App 19 2eme etage AV Mly Abdellah  
Agadir  
Téléphone: 05 28 84 3919  
Fax: 05 28 84 39 19  
Site internet:



Nom: *Bouhau NATHA*  
ID: 20201022-150538-5598  
Sexe: Fém.

**GYN**

Date exam: 22/10/2020  
Equipementt utilisé: MINDRAY DC-7  
Opérateur: Emergency

## Gynecology Ultrasound Report

### 2D Measurements

#### Uterus

UT L: 7.48cm

UT H: 4.02cm

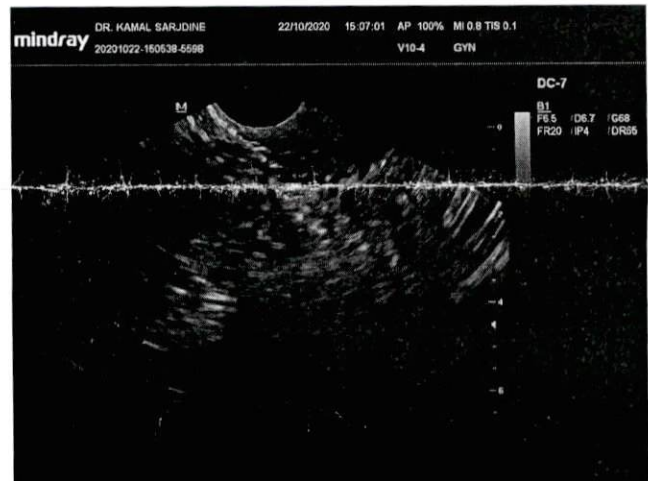
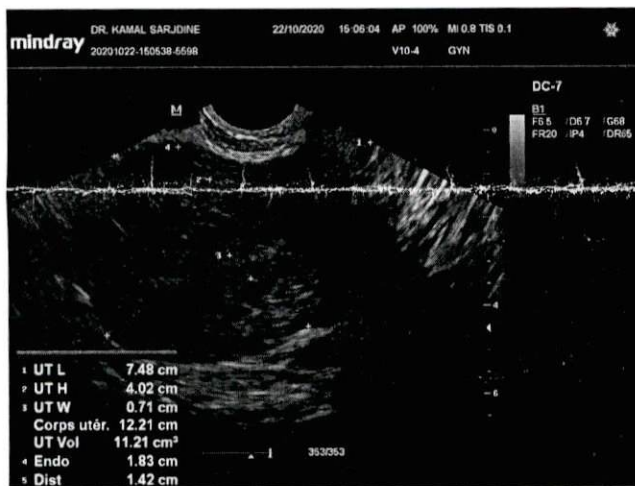
UT Vol: 11.21cm<sup>3</sup>

UT W: 0.71cm

Endo: 1.83cm

Corps utér.: 12.21cm

### Image ultrason



### Annotation:

*Echographie pelvienne:  
Uterus de taille et de morphologie  
normale, contours réguliers avec un corps de 12.21 cm  
Apparié long  
Anexes: RDI  
CC Abdomen*

Signature . (sceau):

*Dr. Kamal SARJDINE*  
Gynécologue - Obstétricien  
Imm. M1 App. 19 - 2ème Etage  
Av. Mly Abdellah - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

Date sign.:

22 OCT. 2020