

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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-585563

53854

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA
 Date de naissance : 10/01/1970
 Adresse : N° 14 Passage ABU DAR EL GHAFARI
 BORDJ BOUJOUR
 Tél. : 0670562056 Total des frais engagés : 1452,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. HOUBBADI MARYAMA
 Gynécologue - Obstétricienne
 562, Bd. Reda Gdya, Ché Diemba
 562, Bd. Reda Gdya, Ché Diemba
 091 31 1000
 Date de consultation : 09/11/2020
 Nom et prénom du malade : AGUYAME ZINEB Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie gynécologique
 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 : Bordj le : 28/12/2020
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

attestant le Paiement des Actes

INP : []

Dr. HOUBADI
Gynécologue-Obstétricien
502, Bd. Reda Gaidi, Libreville
Tél : 0522 38 48 63
INP : 091 13 51 93

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
9/11/12	523.80	
12/11/12	326.40	

562, Tel: 0522 38 68 83
INP: 0911 651 93

NCES

Montant de la Facture

[illegible]

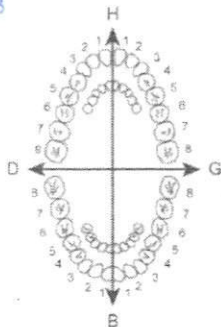
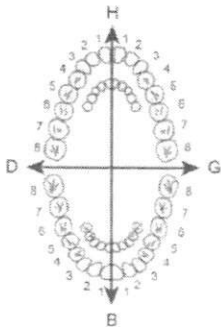
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 de l'ODF.

	Dents	Nature des	Coefficient	INP : [][][][][][][][][][][][][][][]
SOINS DENTAIRES				

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste
Gynécologie - Obstétrique

Casablanca, Le 12/11/2020 في الدار البيضاء

MME AGUYAME ZINEB EP MAAROUFI

- 196.00
- 674.00
- **Zivlox 400 mg - comprimé**
1 Comprimé, midi, pendant 5 jours
 - **Polygynax - capsule vaginale**
1 Capsule, soir, pendant 12 jours
 - **GYNOTIME - GEL**
1 TV, matin, soir
- 64.00

LOT : M0355
PER : 05/2022
PPU : 196,50 DH

MAPHAR
POLYGYNAX 12 capsules vaginales
Km 10, route Côtière 111 - Quartier Industriel, Zenata
Ain Sebban Maroc
PAX : 670H40
6 118001 183739

6 111254 022213

PPC : 64,50 DHS
PER : 05/2023
LOT : 20603

Dr. HOUBBADI MARYAMA
Gynécologue - Obstétricienne
562, Bd. Rida Gdira, Cité Djemaâ
Tél : 0522 38 68 63
INF : 091165183

IMAGO EZZAHRA
HERRECHID
EL GUERMAJ Nadia
0522 32 80 39



Spécialiste
Gynécologie - Obstétrique

Casablanca, Le 09/11/2020 في الدار البيضاء

MME AGUYAME ZINEB EP MAAROUFI

- **Metrinelle 2 mg - comprimé**
1 Comprimé, midi, pendant 3 mois

Lot: LF18473B
Per: 09/2021
PPV: 200 DH 00

Lot: LF19480C
Per: 01/2022
PPV : 186 DH 90

Lot: LF19480C
Per: 01/2022
PPV: 186 DH 90

Pharmacie EZZAHRA
BERRACHID
Dr. EL GUERMAI Nadia
Tél: 0522 32 80 39

Dr. HOUBBADI MARYAMA
Gynécologue - Obstétricienne
562, Bd. Rida Gdira, Cité Djamaâ
Tél : 0522 38 68 63
INP : 091 05183



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

Dr. HOUBBADI MARYAMA
Gynécologue - Obstétricienne
562, Bd. Reda Gdira, Cité Diemâa
Tél : 0522 38 68 63
INP : 091 165193

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

F.C.V. de diagnostic

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Dr. HOUBBADI MARYAMA
Gynécologue - Obstétricienne
562, Bd. Reda Gdira, Cité Diemâa
Tél : 0522 38 68 63
INP : 091 165193



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 11/11/2020

FACTURE N° : 20/11221

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

250,00 Dhs

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **10/11/2020**

Pour **AGUYAME ZINEB**

Sur ordonnance du : **Dr HOUBBADI MARYAMA**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
Dr. Nouhad BENKIRANE
Pr. Laïla LARAQUI

