

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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-57635

ND: 51595

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9834**

Matricule : **9834** Société : **RAM RETRAITE**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **FOUADA MOURAD**

Nom & Prénom : **FOUADA MOURAD**

Date de naissance : **17/09/50**

Adresse : **Lotissement Raymond LOT 71 CASABLANCA**

Tél. : **067834515** Total des frais engagés : **984** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Wissal EL SOUSSI**
Dermatologue - vénéréologue
Bd. 2 Mars Andalous 3 n°741 etd.2
Casablanca
Tél. 0522 87 26 81 - 06 62 86 82 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/11/2020**

Nom et prénom du malade : **FOUADA NISBINE** Age : **17 ans**

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

Nature de la maladie : **Dermatose**

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.

16 DEC. 2020
ACCUEIL

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 : **CASABLANCA 15/12/2020** Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

[illegible]

Dr. Wissal EL SOUSSI
Dermatologue - vénérologue
Bd. 2 Mars Andalous 3 n°741 étd.2
Cas...
Tél.: 0522 87 26 81 - 06 62 86 82 81

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/20	434100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
		Montant des Honoraires
Dr. DAM KHA Spécialiste Radiologie Intégrité Médicale Tel: 09 22 15 10	12-11-22	Cheldone 2400,00

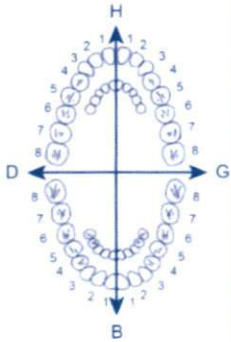
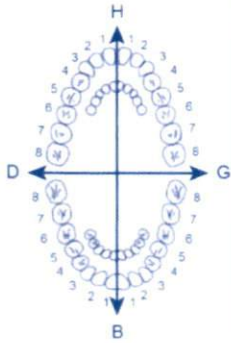
[illegible]

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 :														
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Wissal El Soussi Ait Said

Dermatologue - Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles.
- Maladies sexuellement transmissibles.
- Dermatologie - Allergologie.
- Dermatologie Esthétique - cosmétologie - Lasers.

الدكتورة وصال السوسسي أيت سعيد

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد. الشعر و الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- حساسية الجلد
- التجميل الطبي / الليزر

W

Casablanca, le 11 11 2020

M^{me} Fouadk nissrine

- Âge: 18 ans.

- ATCD: 0

- Clinique: Acne' Mixte sévère

⇒ Echographie des ovaires

à la recherche des O PK

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa, Casablanca
Curacne 20mg cap molle b30
P.P.V: 289,00 DH



ZENITH Pharma
PPC: 145,00 DH

Signature of Dr. Wissal El Soussi

Wissal EL SOUSSI
Dermatologue - Vénérologue
Bd. 2 Mars Andalous 3 n°741 étg. 2
Casablanca - Tél.: 05 22 87 26 81
Mars: 06 62 86 82 81



Bd 2 mars Andalous 3 N° 741, 2^{ème} étage (croisement Bd 2 mars et Bd Panoramique) Casablanca

شارع 2 مارس، أندلس 3، رقم 741، الطابق الثاني (تقاطع شارع 2 مارس مع شارع المنظر العام) الدار البيضاء

@: elsoussiwissal@gmail.com ☎ 05 22 87 26 81 / 06 62 86 82 81

Dr. Wissal El Soussi Ait Said

Dermatologue - vénéréologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles.
- Maladies sexuellement transmissibles.
- Dermatologie - Allergologie.
- Dermatologie Esthétique - cosmétologie - Lasers.

الدكتورة وصال السوسسي أيت سعيد

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- حساسية الجلد
- التجميل الطبي، الليزر

W

Casablanca, le 14 11 2020

289100 M^{me} Fouad Nissrine



1. Curacné 20mg cp

1 cp / J au milieu des repas

145100 avec un grand verre d'eau

2. Aquaberm collyre

1 appl x 3 / J



3. Vaseline officinel.

1 appl x 3 / J

4. Effaclar H crème hydratante

1 appl x 2 / J

5. Deniehl. pilul.

1 cp / J pht 22 jours

Dr. Wissal EL SOUSSI
Dermatologue - vénéréologue
Bd. 2 mars Andalous 3 n° 741 étg. 2
Casablanca - Tél.: 05 22 87 26 81
INPF: 107186924



Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 12/11/2020

FACTURE N° 6216/2020

NOM & PRENOM : FOUADH NISRINE

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE PELVIENNE	quatre cents (400 DH)
TOTAL	400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents (400 DH) DHTTC

INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452

INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le : 12/11/2020

PATIENT : FOUADH NISRINE
MEDECIN TRAITANT : Dr EL SOUSSI AIT SAID WISSAL
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Compte Rendu d'Examen

Volume ovarien augmenté

OVD : 35x33x23mm soit 30ml et OVG 28x31x23mm soit 10,7ml

On retrouve dans chaque ovaire de petits follicules millimétriques à répartition périphérique avec hypertrophie stromale .

Au niveau de l'ovaire droit kyste folliculaire de 17 mm

L'utérus est homogène de volume normal mesurant 64x 41 x 33 mm

Endomètre d'aspect normal

Ligne de vacuité est libre

La vessie est d'aspect normal

Absence d'épanchement

Conclusion :

Ovaires dystrophiques micro folliculaires évoquant un SOPK

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Institut Médical
Tél : 05 22 58 10 16

