

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-840644

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12588 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 201601
 Nom & Prénom : BENBRAHIM Anass
 Date de naissance : 14/01/1988
 Adresse : Residence Les Crêtes de Californie, Imm Jasmin, ETG 2
Appt 13, A/C Casablanca
 Tél. : 0661086570 Total des frais engagés : 1812,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2024

Nom et prénom du malade : SAAKOUN Soubrine Age :

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

Nature de la maladie : Dysménorrhée

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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.

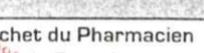
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 02/04/2024

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

VOLET ADHERENT

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
02/04/24	CS		200	<p><i>[Handwritten signatures and stamps]</i></p> <p>Quartier de l'Assistance Publique Rue Abdoulaye Niambo Hôpital Assanfor Lavoisier Gynécologie Obstétricien Rue Abdoulaye Niambo Hôpital Assanfor Lavoisier Gynécologie Obstétricien Rue Abdoulaye Niambo Hôpital Assanfor Lavoisier Gynécologie Obstétricien</p>
02/04/24	Balo Pelu		400	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/04/24	212,20
		092076793

[illegible]

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

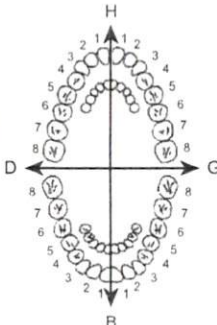
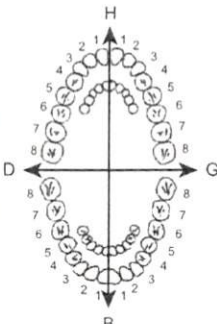
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												
					MONTANTS DES SOINS												
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												
					DEBUT D'EXECUTION												
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												
					FIN D'EXECUTION												
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession </div> <div style="width: 35%;"> Montant des Honoraires </div> </div>				<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												
					MONTANTS DES SOINS												
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												
					DATE DU DEVIS												
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												
					DATE DE L'EXECUTION												
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr TOUMY MOUHSSINE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
LAUREAT DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS

CHIRURGIEN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN
STERILITE DU COUPLE (FIV & ICSI) - MALADIES DU SEIN
ECHOGRAPHIE - COLPOSCOPIE - HYSTEROSCOPIE - COELIOSCOPIE

Casablanca, le

02.04.2024

COOPER PHARMA Iron

PPV: 37,80 DH) mg

30 قرص
30 comprimés pelliculés

Mme SAAKOUN Soukaina

37,80
1 TARDYFERON 80 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 2 mois. UN JOUR SUR DEUX

84,90
2 DUPHASTON 10 mg cp pellic : B/10
2 boîtes

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 10 jours.

89,50
3 POLYVIT

Prendre 1 comprimé par jour.

6 118000 010517
maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV: 84DH90 1126512

POLYVIT ne peut en
cas être considéré comme substi
un régime alimentaire varié.

LOT: L4025/4
PER: 01/2027
PPC: 89,50 DHS

Dr. TOUMY MOUHSSINE
Gynécologue-Obstétricien
11, Rue Abou Hassan Askri (ex. Lavoisier)
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 86 46 46 - 05 22 86 46 46

06 61 25 02 70

05 22 86 46 46

docmtouimy@gmail.com

11, Rue Abou Hassan Askri (ex. Lavoisier)
Résidence Kenzi 2ème étage, Quartier des hôpitaux - Casablanca



Dr TOUIMY MOUHSSINE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
LAUREAT DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS

CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN
STERILITE DU COUPLE (FIV & ICSI) - MALADIES DU SEIN
ECHOGRAPHIE - COLPOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE - COELIOSCOPIE

Casablanca, le

02/04/2024

Nom & Prénom : Mm SAAKOUN SOUKAINA

Facture : 05/2024

ECHOGRAPHIE PELVIENNE400 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent dirhams.

Dr. Touimy Mouhssine
Gynécologue-Obstétricien
11, Rue Abou HASSAN ASKARI (ex. Lavoisier)
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
Tél : 05 22 86 46 46 - Fax : 05 22 86 60 84

ICE : 001710964000028

IF : 40442836

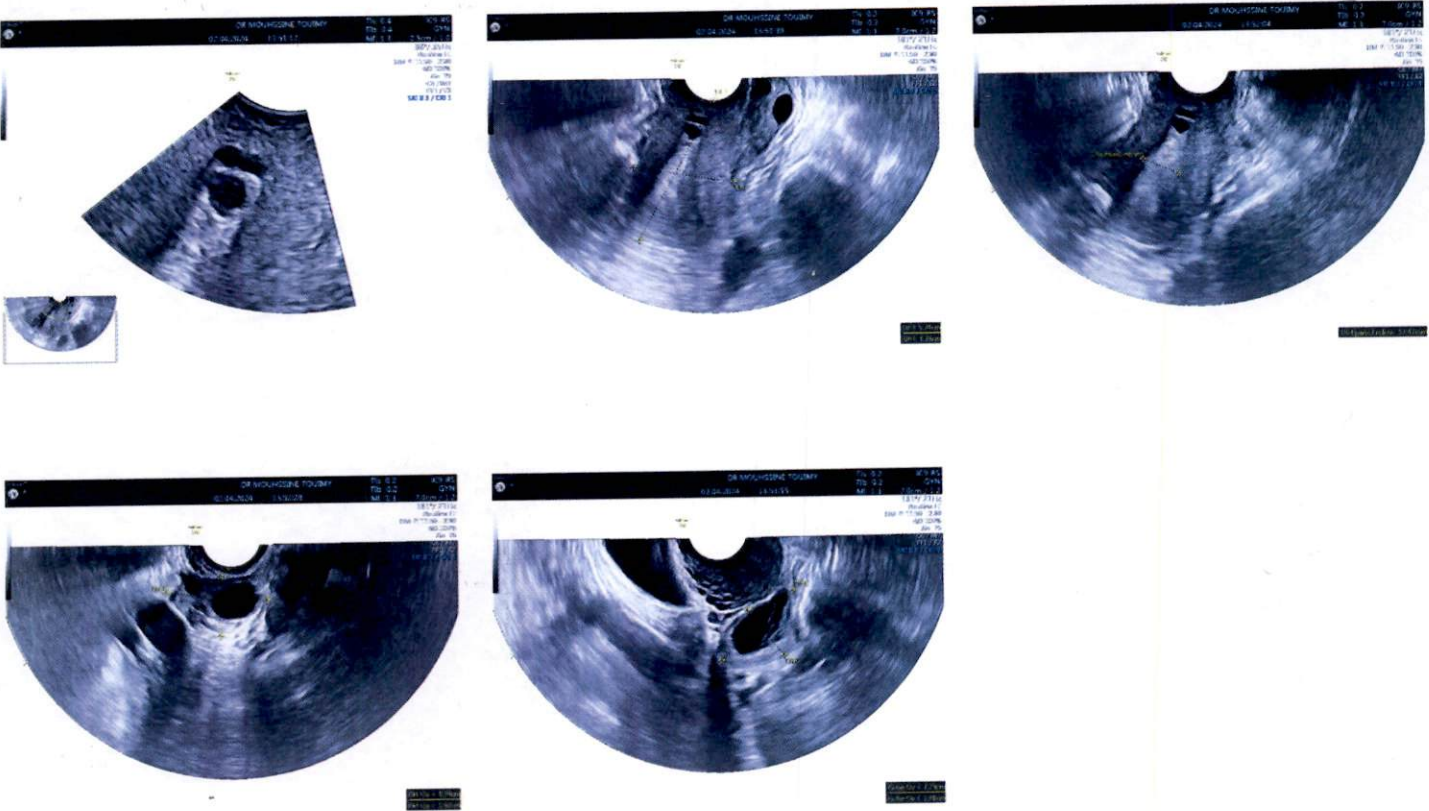
06 61 25 02 70

05 22 86 46 46

docmtouimy@gmail.com

11, Rue Abou Hassan Askri (ex. Lavoisier)

Résidence Kenzi 2ème étage, Quartier des hôpitaux - Casablanca





Gynécologie Rapport

Page 1/1

DR MOUHSSINE TOUIMY

Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 02.04.2024

ID Patient G13/2024
Nom SAAKOUN SOUKAINA
DOB, Age 22.12.1989,34
Sexe Féminin

Ovul. prévue
Jour du cycle
Jour de stim.

Gestité
Parité
AB
Ectopique

DDR 23.03.2024

Praticien
Commentaire

Méd. réf.
Indication

Échographiste

Mesures 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Utérus								
Longueur	5.24 cm	5.24						moy.
Largeur	3.39 cm	3.39						moy.
Épaisseur Endo.	12.47 mm	12.47						moy.
Gauche Ovaire								
Longueur	3.29 cm	3.29						moy.
Largeur	1.91 cm	1.91						moy.
Droite Ovaire								
Longueur	3.39 cm	3.39						moy.
Largeur	1.97 cm	1.97						moy.

Commentaire

UTERUS RETROVERSE DE TAILLE NORMALE
ENDOMETRE SECRETOIRE
PETITE IMAGE LACUNAIRE AU NIVEAU DE LA REGION CERVICO-ISTHMIQUE
ANNEXES RSD
CSD, LIBRE

Date: 02.04.2024

Praticien:

DR. TOUIMY MOUHSSINE
Gynécologue Obstétricien
11, Rue Abdelhak Moussine
Quartier des Horreux, 13005 Marseille
Tél: 05 29 26 46 46 - Fax: 05 29 26 46 46

Échographiste: