

## 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

- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

W21-840646

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12589

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBRAHIM Anass

Date de naissance : 14/01/1983

Adresse : Rés les Crêtes de Californie, Imm Jasmin, ETG 2,

Appt 13, A/C Casablanca

Tél. : 0661086570

Total des frais engagés : 1268,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2024

Nom et prénom du malade : SAAKOUN Soukaina

Age : 34

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 08/03/2024

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
08/05/2016	G		200	
08/05/2016	R		1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>PHARMACIE CHANTIERE SARL N°600 LOTS HAMRA 2<sup>ème</sup> AL OUDS AIN CHOUEK CASABLANCA 05 22 66 60 61</p>	<p>Date</p> <p>08-03-2024</p>	<p>Montant de la Facture</p> <p>PHARMACIE CHANTIERE SARL DE DIANI ADOUCHE AL OUDS N°600 LOTS HAMRA 2<sup>ème</sup> AL OUDS CASABLANCA 05 22 66 60 61</p>

[illegible][illegible]

VOILE ADHERENT

# 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																								
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																								
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	B																												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Montant des Honoraires</b>	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





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

PARANTAL<sup>®</sup>

Casablanca, le .....

PPV 10DH50  
EXP 09/2025  
LOT 24048 1

432,00

08.03.2024

Mme SAAKOUN Soukaina

83,60

10,50

1 PARANTAL 1 GR



En cas de douleur prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir.

432,00

2 VALEX

142,50

2 comprimés le matin, pendant 5 jours. A RENOUVELER TOUS LES MOIS PENDANT 6 MOIS

83,60



PHARMACIE CHAHM CHEIKH SARL  
Dr DIANI Abdeltatah  
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS  
AIN CHOCK CASABLANCA  
GSM 0653 43 37 37- FIX 0808 57 10 86

T: 668,60

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 08 80

LOT : 23013  
PER : 09/26  
PPV : 142DH50

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 .....

**08/03/2024**

**Nom & Prénom : Mm SAAKOUN SOUKAINA**

**Facture : 04/2024**

ECHOGRAPHIE PELVIENNE .....400 DHS

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

**Signé :**

**Dr. TOUIMY Mouhssine**  
Gynécologue-Obstétricien  
11, Rue Abou HASSAN ASKRI (ex Lavoisier)  
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA  
Tél : 05 22 55 43 45 - Port : 05 22 55 65 64

**ICE : 001710964000028**

**IF : 40442836**

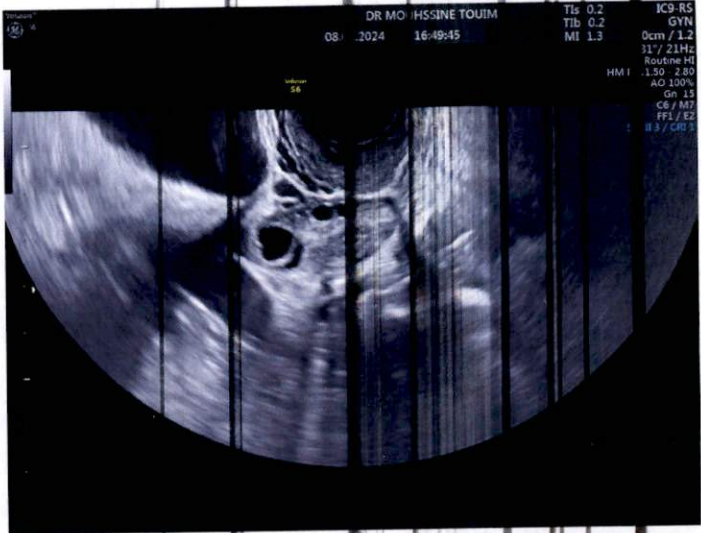
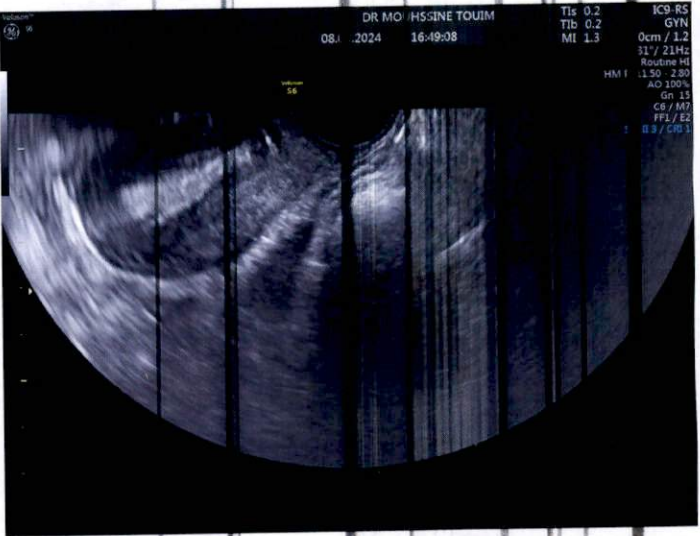
06 61 25 02 70

05 22 86 46 46

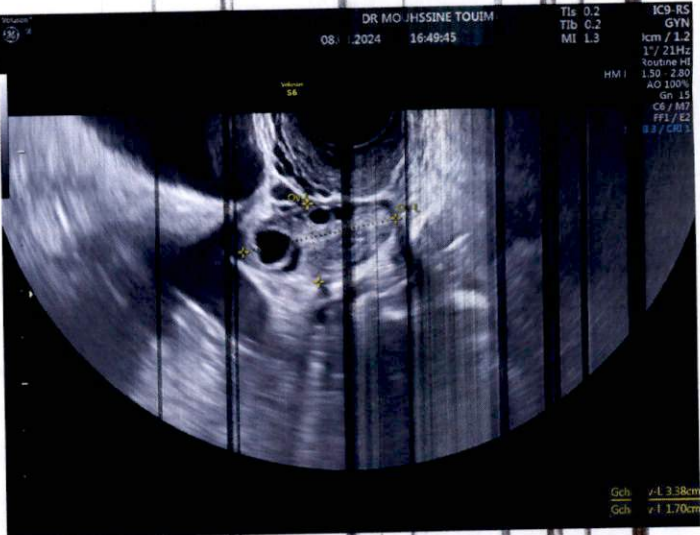
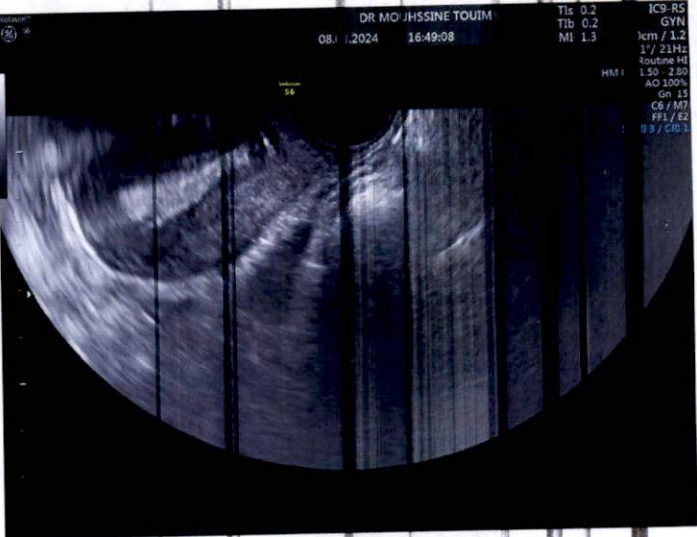
docmtouimy@gmail.com

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: 08.03.2024

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 17.01.2024

Praticien  
Commentaire

Méd. réf.  
Indication

Échographiste

Mesures 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
<b>Utérus</b>								
Longueur	5.52 cm	5.52						moy.
Largeur	3.12 cm	3.12						moy.
Épaisseur Endo.	11.03 mm	11.03						moy.
<b>Gauche Ovaire</b>								
Longueur	3.38 cm	3.38						moy.
Largeur	1.70 cm	1.70						moy.
<b>Droite Ovaire</b>								
Longueur	2.00 cm	2.00						moy.
Largeur	1.29 cm	1.29						moy.

## Commentaire

UTERUS RETROVERSE DE TAILLE NORMALE  
ENDOMETRE EPAIS  
SAC EN VOIE D'EXPULSION  
ANNEXES RAS

Dr. TOUIMY Mouhssine  
Gynécologue-Obstétricien  
11, Rue Abou Houssein EL KARI (ex Elviolet)  
Quartier des Nations Unies - CASABLANCA  
Tél: 05 22 55 41 45 - Fax: 05 22 55 00 84

Date: 08.03.2024

Praticien:

Échographiste: