

DECLARATION DE MALADIE

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.

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

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 19 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000284

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10551 Société : 76548
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HOR ABDARAHIM
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : EL IRREISSI MARIAM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/07/21	800+800	1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[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

Docteur MISSRI Mohamed Wahid

SPECIALISTE

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin du C.H.U. Ibn Rochd

Bd Ibn Tachfine au dessus de la poste

Résidence Fatima EL ZAHRAA 07

Tél.: 05 22 60 60 09

05 22 61 19 68

Gsm : 06 61 15 49 08

الطبيب مصري محمد وحيد

اختصاصي

أمراض النساء والتوليد

التصوير بالصدى

طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

شارع ابن تاشفين عند البريد

إقامة فاطمة الزهراء 07

الهاتف : 05 22 60 60 09

05 22 61 19 68

المستعجلات : 06 61 15 49 08



Nom :

EL IDRISSI

Casablanca, le

MARIEM

M
HS B
shro. 11. Tar
opere par Kyth
de l'ovaire Dt
Endométriose
s/p

الدكتور مصري محمد وحيد
Dr MISSRI Mohamed Wahid
Gynéco - Obstétrique
Bd. Ibn Tachfine, Res. Fatima Zahra 7
Casablanca - GSM: 06 61 15 49 08



**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

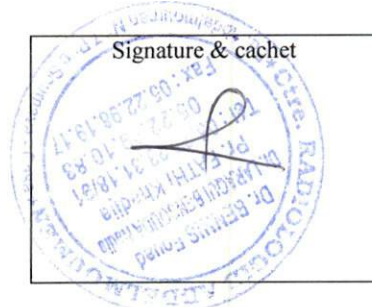
Date : 01/07/2021

Facture N° : 003640/2021

- Nom patient : Mme. **EL IDRISSE MARIEM**
- Examen(s) réalisé(s) : RX H S G
-
- Net à payer T.T.C : 800 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de : HUIT CENTS DH
- Mode de règlement : ESPECE

L'adherent :

Signature & cachet



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,

Casablanca

Tél. : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83 : الهاتف

Fax : 05.22.98.19.17 : الفاكس

E-mail : radiologie-ab@menara.ma : البريد الإلكتروني

Site Web : <http://www.radiologieabdelmoumen.ma>

C.N.S.S. : 8064602 - I.F. : 40289799 - PATENTE N° : 34782741 - ICE : 001699442000043

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7،

الدار البيضاء



**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Date : 01/07/2021

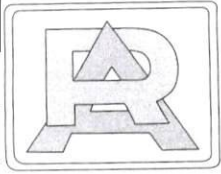
Facture N° : 003641/2021

- Nom patient : Mme. **EL IDRISSE MERIEM**
- Examen(s) réalisé(s) : **PRODUIT DE CONTRASTE H S G**
- Net à payer T.T.C : 200 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de : **DEUX CENTS DH**
- Mode de règlement : **ESPECE**

L'adherent :

Signature & cachet





**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Dr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant :

DR MISSRI MOHAMED WAHID

Nom du patient :

EL-IDRISSI-MARIEM

Examen réalisé :

H.S.G

Date : 01/07/2021

COMPTE RENDU

RC : 33 ans, opérée pour kyste de l'ovaire droit.

RESULTATS :

- Opacification d'une cavité utérine augmentée de volume, de contours réguliers, présentant une large image d'empreinte régulière sur le bord gauche de la cavité utérine et une petite image d'empreinte régulière sur le fond utérin au niveau de la corne utérine droite : Aspect faisant évoquer des fibromyomes intra muraux.
- Les trompes sont fines et perméables avec un plissement muqueux régulier des segments ampullaires.
- Bonne diffusion péritonéale massive et bilatérale.

CONCLUSION :

- Utérus augmenté de volume d'aspect fibromyomateux.
- Les trompes sont perméables avec une bonne diffusion péritonéale massive et bilatérale.

Confraternellement
DR F. BENNISS