

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-663114

98689

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5903 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre Retraite

Nom & Prénom : Zeghar Nadjia

Date de naissance : 19 01 1958

Adresse : 1 rue oued AL Makhezine Relghima

Tél. : 06 61 42 03 11 Total des frais engagés : 700,00 DH Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2021

Nom et prénom du malade : ZEGHAR NADIA

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

Nature de la maladie : Gynécologie

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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-663114

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 5903

Nom de l'adhérent(e) : Synew

Total des frais engagés : 7090

Date de dépôt :



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
22.11.21	C		320	
22.11.21	1 Inj. gyne		420	

[illegible][illegible]

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

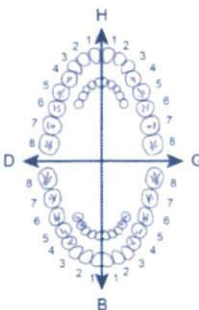
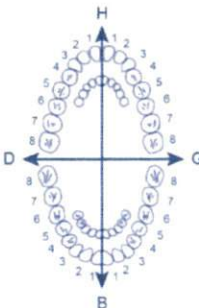
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, 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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <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>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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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 Fatine BENSaid  
ép. AGHZADI  
ancien professeur  
à la faculté de Médecine de Rabat  
Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي  
أستاذة سابقة  
بكلية الطب بالرباط  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

الرباط، في ..... Rabat, le .....  
22/11/21

**Madame ZEGHARI NADIA EP BERRADA**

\*\*\* **RECU** \*\*\*

RECU CE JOUR LA SOMME DE 700 (SEPTCENT ) DIHRAMS DE Madame  
ZEGHARI NADIA EP BERRADA REPRESENTANT MES HONORAIRES POUR UNE  
CONSULTATION ET UNE ECHOGRAPHIE.

Pr. BENSaid Fatine ép. AGHZADI  
Professeur en Gynécologie Obstétrique  
70, angle Rues Oum Rabii et Oukaïmeden, apt. n°6, 1er étage. Agdal - Rabat  
Tél./Fax : 05 37.67.20.21 GSM : 06 61.16.11.77

70. زاوية زنقة أوكيمن و زنقة أم الربيع، الشقة 6 الطابق الأول ( خلف ماك دونالد ) - أكدال - الرباط  
الهاتف : 05 37 67 20 21 - الفاكس : 05 37 67 20 21 - المحمول : 06 61 16 11 77 - المايل : fatine.bensaid@yahoo.com  
70, angle rues Oum Rabii et Oukaïmeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat  
Tél.: 05 37.67.20.21 - fax : 05 37.67.20.21 - GSM : 06 61.16.11.77 - E-mail : fatine.bensaid@yahoo.com



# Gynécologie Rapport

Page 1/1

Pr BENSAID Fatine 0537672021

Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 22.11.2021

Nom ZEGHARI NADIA

DOB, Age

Sexe

Féminin

DDR

Ovul. prévue

Jour du cycle

Jour de stim.

Gestité

Parité

AB

Ectopique

Praticien

PR BENSAID

FATINE

Méd. réf.

PR BENSAID

FATINE

Échographiste

PR BENSAID

FATINE

Commentaire

Indication

Mesures 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Utérus								
Longueur	4.88 cm	4.88						moy.
Largeur	5.73 cm	5.73						moy.
Taille	3.35 cm	3.35						moy.
Volume	49.048 cm <sup>3</sup>	49.048						
Épaisseur Endo.	9.26 mm	8.81	9.71					moy.
Gauche Ovaire								
Longueur	1.31 cm	1.31						moy.
Taille	0.70 cm	0.70						moy.
Droite Ovaire								
Longueur	1.48 cm	1.48						moy.
Taille	0.91 cm	0.91						moy.

Commentaire

POLYPE CAVITAIRE DE 8/10 MM PROBABLE

Date: 22.11.2021

Praticien:

PR BENSAID FATINE

Échograph.:

PR BENSAID FATINE