

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

- 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'Honneur
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

N° W21-766215

155304

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12628 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAUFER HANZA

Date de naissance : 04/10/1988

Adresse : 11 Rue Lodi Agdal Appartement 7 Biscuit

Tél. : 0661186797 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. REDA BENZIAN
Gynéco-Obstétricien N° 14
Rue Sebaou, N° 14
Agdal - Rabat
Tél : 05.37.77.12.71
INP : 101091767
001580231000

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : BEN ABDELKARIM 12^{im}

Age : 33 ans

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) :

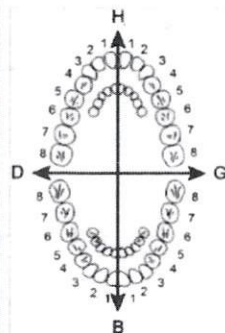
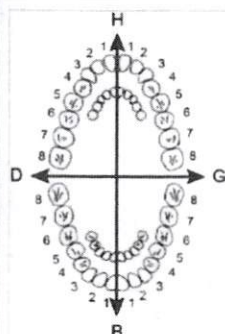
AUTORISATION CNDP 11 : A-A-215/2019

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
25/02/2013	G. Sellouk		3000	<p>Dr. REDA LAMZIL</p> <p>Gynéco-Obstétrique</p> <p>Rue Sebou, N°14</p> <p>Agdal - Rabat</p> <p>Tél: 05.37.77.12.1</p> <p>INP: 19923710170</p>
26/02/2013	G. Sellouk			
26/02/2013	G. Sellouk			

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B			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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	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														



CABINET RÉDA LAMZIBRI

NOTE D'HONORAIRES N° 0003680

Rabat le 20.02.2013

Dr. REDA LAMZIBRI
Gynéco-Obstétrique
N° 14
Rue Sebou - Rabat
Agdal - Rabat
Tél : 05.37.77.12.71
INP : 101091767
ICE : 001580231000086

Je soussigné Dr Lamzibri Reda

Présente à Madame : Ben Abdelstom Ri

Ma note d'honoraires s'élevant à la somme de :

90900

Pour l' (ou les) acte (s) suivant (s) :

Consultation : 30900

Échographie : 60900

Autre (s) :

Et la prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Dr. REDA LAMZIBRI
Gynéco-Obstétrique
N° 14
Rue Sebou - Rabat
Agdal - Rabat
Tél : 05.37.77.12.71
INP : 101091767
ICE : 001580231000086

Rue Oued Sebou N° 14 App 1, Agdal Rabat - Tél : 0537771271

INP : 101091767 - IF : 34344255 - ICE : 001580231000086



CABINET DR REDA LAMZIBRI
SONOSCAPE S60 MIS EN SERVICE
LE 19/11/2022

OB Rapport

Informations patient

Nom patient: rim benabdeslam
Date naissance: 30/04/1989
PA(mmHg):
Commentaires:

ID patient: 20221129_124435_9961845
Genre: Femme

Date exam.: 20/02/2023
Accession#:

Informations examen

Type d'examen: OB
Gross.: 8
Ectop.:
Échographiste: dr reda lamzibri
Plainte principale:
Historique:
Commentaires:

Taille(cm):
Para:
Méd. traitant:

Poids(kg):
Avortements: 7
Médecin utilis.: dr reda lamzibri

DDR: 25/05/2022

AG(DDR): 38w5d

DPA(DDR): 01/03/2023

Fœtus

AUA:*****

EDD(AUA):*****

PFE(Hadlock3):HC/AC/FL

Range:

EFW-GA:

EFW-GA-Range:

Dev.:Hadlock

Mesures

Mère

Mode 2D

Paramètre

M1-M3

Valeur

Unité

Unilatéral

Long. col utérus

CervixL

22.44

22.44 (Last)

mm

Fœtus

Mode 2D

Paramètre

AUA

M1-M3

Valeur

Unité

Dev.

AG

Unilatéral

AFI

Q1

39.05

39.05 (Last)

mm

Q2

***** (Last)

mm

Q3

***** (Last)

mm

Q4

***** (Last)

mm

AFI

39.05

mm

Mode Doppler

Paramètre

M1-M3

Valeur

Unité

Côté gauche

MCA

Tracé Auto

LI-MCA-PS

58.82

58.82 (Last)

cm/s

Lt-MCA-ED	13.37	13.37 (Last)	cm/s
Lt-MCA-RI		0.77	
Lt-MCA-PI		1.53	
Lt-MCA-S/D		4.40	
Lt-MCA-Tamax	29.78	29.78 (Last)	cm/s
Lt-MCA-TAmean	16.95	16.95 (Last)	cm/s
Lt-MCA-VTI	140.31	140.31 (Last)	mm
Lt-MCA-HR	127	127 (Last)	bpm

Unilatéral

Ao.

Tracé Auto

Ao-PS	33.87	33.87 (Last)	cm/s
Ao-ED	14.26	14.26 (Last)	cm/s
Ao-RI		0.58	
Ao-PI		0.83	
Ao-S/D		2.37	
Ao-Tamax	23.50	23.50 (Last)	cm/s
Ao-TAmean	11.31	11.31 (Last)	cm/s
Ao-VTI	97.87	97.87 (Last)	mm
Ao-HR	144	144 (Last)	bpm

Unilatéral

FHR

FHR	119	119 (Last)	bpm
-----	-----	------------	-----

Anatomie F.

Pos fœtale: Céphalique
Rythme card.: Normal

Charge placenta: Utérin(e)

Volume AF: Normal

Conclusion

Diagnostic

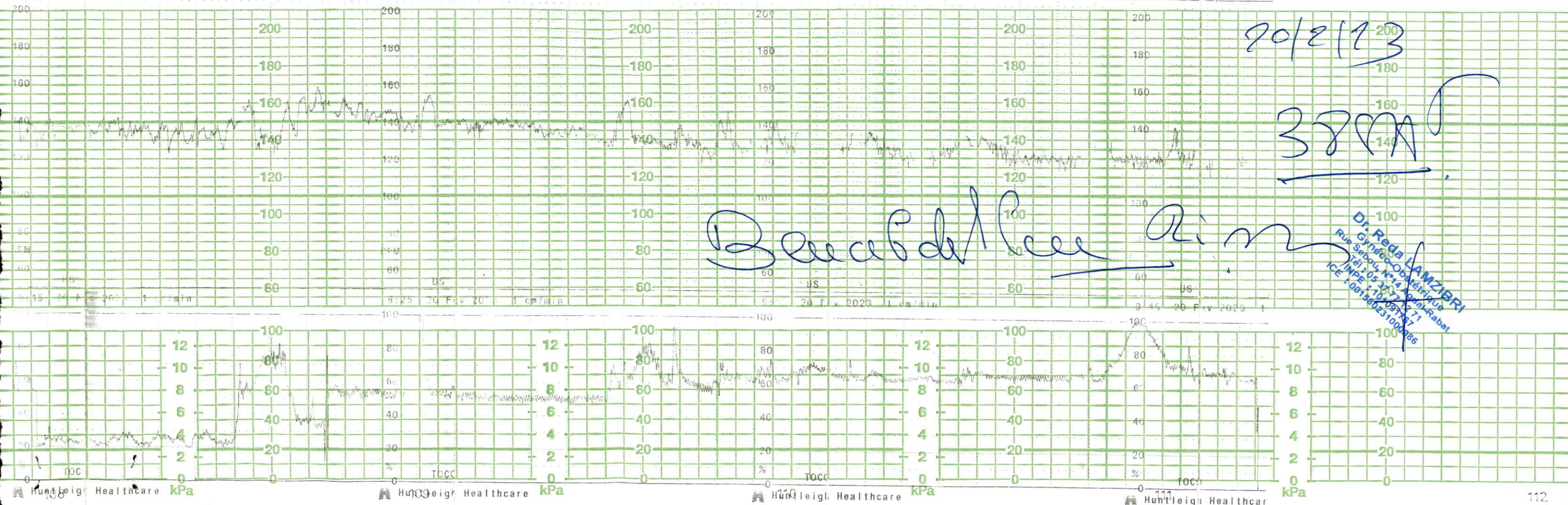
bonne vitalité fœtale
dopplers utérins normaux
la normal
placenta fundique

Résumé

Dr. Reda LAMZIBRI
Gynéco-Obstétrique
Rue Sebou, N°14 Agdal-Rabat
Tél : 05 37 77 12 71
INPE : 101091767
ICE : 001580231000086

Opérateur:

Médecin:



20/2/23

38m

Bouabdelkader

Dr. Reda LAMZIBRI
Rue Seboul n°14 Agdal-Rabat
Tél: 05 36 71 10 91 87
INPE: 100136023100096