

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 :

- ¹ Correspondance du médicament prescrit et la facture de l'apothicaire 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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection | Enzyme Purée AIP et NC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation** : contact@mupras.com
O Prise en charge : pec@mupras.com
O 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-766215

1983-4

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESUFIR HANZA			
Date de naissance :	04/10/1988		
Adresse :	11 Rue Lodi Agdal Agoudzat 7 M'san Jemaa el fna		
Tél. :	066 1186797		
Total des frais engagés : 300,00			Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20/02/2023		
Nom et prénom du malade :	BEN ABBEZZAH RIM		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Cohjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Crise		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif 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 : Dax / Le : 25/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Signatur des Rechners (S.)

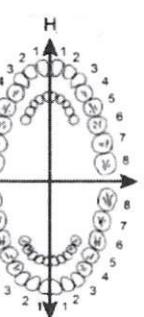
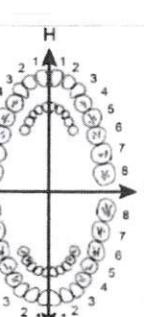
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/01/2013	Sebouhag	50000	INP : 100-15233 Tél : 03-37-11-17-11	
21/01/2013	Sebouhag	60000	INP : 100-15233 Tél : 03-37-11-17-11	
22/01/2013	Sebouhag	60000	INP : 100-15233 Tél : 03-37-11-17-11	
			RÉDA LAMZI Médecin-Obstétricien Synéco-Obstétrique Centre Sébouh, N° 14 1er étage - 12ème arrondissement de Paris	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaire, 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 PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25530412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35530411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25530412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35530411	11433553	B	
H																		
25530412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35530411	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"/>																



CABINET RÉDA LAMZIBRI

NOTE D'HONORAIRES N° 0003680

Rabat le,

20.07.2013

Dr. REDA LAMZIBRI
Gynéco-Obstétrique
Rue Sebou, N° 14
Agdal - Rabat

Tél : 05.37.77.12.71
INP : 101091767

ICE : 00158023100036

Je soussigné Dr Lamzibri Reda

Présente à Madame :

Ben Abo de Slemi Rhi

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

90000

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

Consultation : 30000

Échographie : 60000

Autre (s) :

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

Dr. REDA LAMZIBRI
Gynéco-Obstétrique
Rue Sebou, N° 14
Agdal - Rabat
Tél : 05.37.77.12.71
INP : 101091767
ICE : 00158023100036

Rue Oued Sebou N° 14 App 1, Agdal Babat - 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 ID patient: 20221129_124435_9961845 Date exam.: 20/02/2023
Date naissance: 30/04/1989 Genre: Femme Accession#:
PA(mmHg):
Commentaires:

Informations examen

Type d'examen: OB Taille(cm): Poids(kg):
Gross.: 8 Para: Avortements: 7
Ectop.:
Échographiste: dr reda lamzibri Méd. traitant: Médecin utilis.: dr reda lamzibri
Plainte principale:
Historique:
Commentaires:

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		22.44	22.44 (Last)	mm
CervixL				

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				
Lt-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

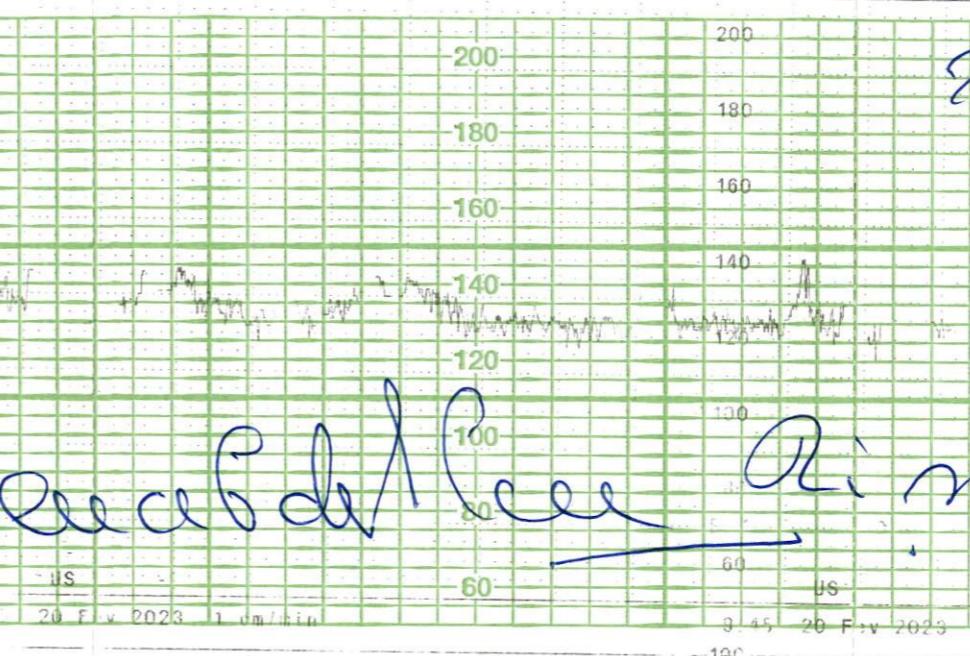
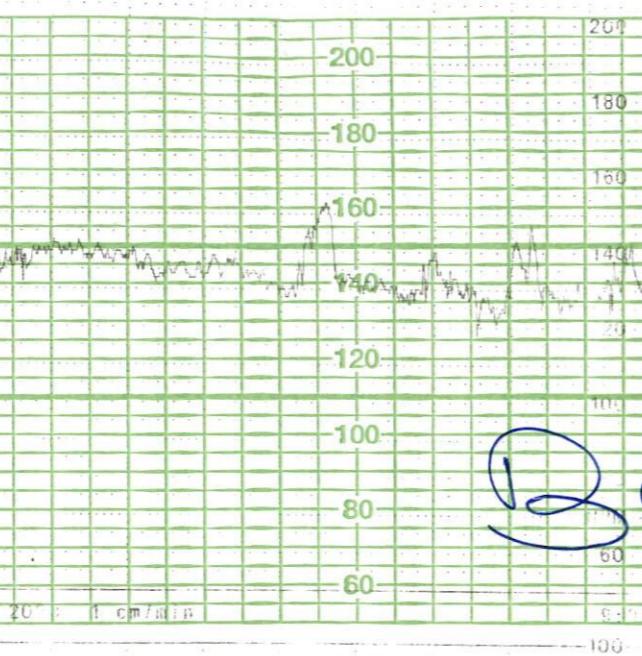
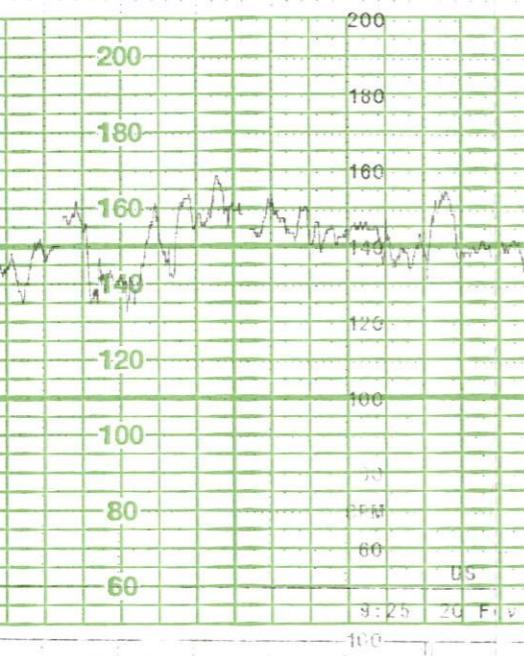
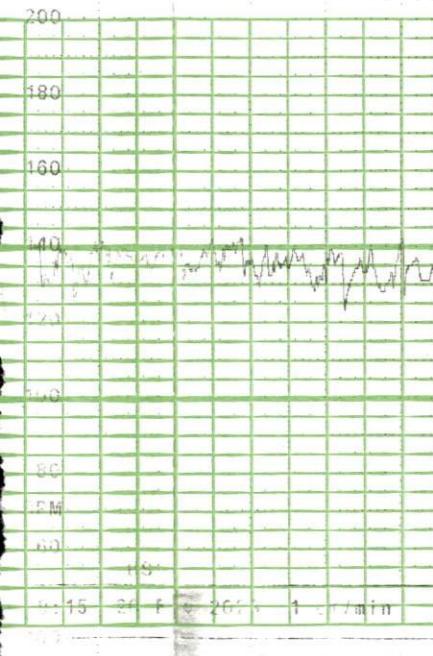
bonne vitalité fœtale
dopplers utérins normaux
la normal
placenta fundique

Résumé

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

Opérateur:

Médecin:



Beaufort

21

20/2/13

380M

DR Reda LAMZIBRI
Gynecologist
Rue Sebou 4 N° 71
Tel: 05 34 71 71 87
IMPE: 00138023100086
ICE: 100

