

# 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 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

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.

N° W21-788198

A 63422

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13070

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

LAHLY IMANE

02/07/1993

Date de naissance :

Adresse : Imme 1, App 10, Les Jardins d'Oulfa,  
Oulfa, Casablanca

Tél. : 0622380394

Total des frais engagés : 400,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAHLY IMANE Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *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'adjudication de la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 06/07/2013 Le : 06/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
06/07/2013	US	100	200.000	INF : 061234712 OUI Obstétricien 061234712 ZAKOU 242

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 d'exploration.

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"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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'EX



Suivi de grossesse-accouchement  
Chirurgie gynécologique  
Chirurgie des cancers  
chirurgie du sein  
Coelioscopie  
Echographie  
Colposcopie, Hystéroscopie  
Infertilité du couple

تتبع الحمل والولادة  
جراحة أمراض النساء  
جراحة السرطان  
جراحة الثدي  
الجراحة بالمنظار  
الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار الداخلي  
علاج عقم الزوجين

## Echographie Obstétricale

Date : 06/06/2023

**NOM & PRENOM : Mme**

## Opérateur :

## Indication : Echographie du 3<sup>ème</sup> trimestre

## Présentation, Vitalité :

- Fœtus en présentation .
- Mouvements fœtaux normaux, mouvements thoraciques vus, bon tonus.
- Activité cardiaque régulière.
- FC : ..... btt/mn.

## Annexes :

- La quantité de liquide est
- Le placenta est ANBI

## Biométrie :

- BIP : .....mm
- PC : .....mm
- CA : .....mm
- LF : .....mm
- EPF : .....g

**Conclusion : Grossesse monofoetale évolutif de ..... sans particularité.**

DOCTEUR ALAOUI ARAZZAKOU

Date d'examen: 06.05.2023 Page 1/10

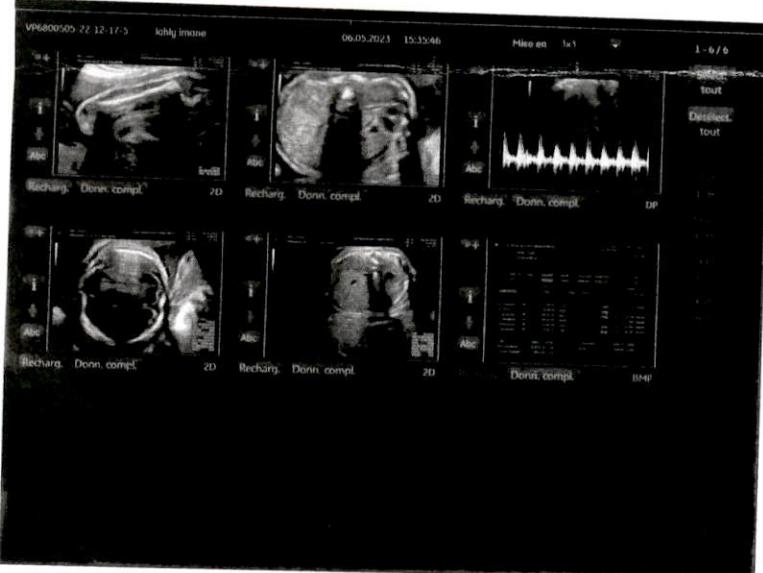
Nom Iahly, imane  
ID patient VP6800505-22-12-17-5  
DDN Précision  
Sexe Féminin

Indication  
Med. réf.  
Echog.

DDR 02.11.2022	GA(DDR)	26w3d	DPA(DDR)	09.08.2023	G	Ab		
DDC AGIMAE		27w1d	DPA(MAE)	04.08.2023	P	Ec		
PFF (Hadlock)	Valeur	Plage	Age	Plage	GP	Hadlock		
CA/BIP/LF/CT	979g	± 143g	26w3d			51.6%		
Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Min, GP	Age	
BIP (Hadlock)	✓	7.20 cm	7.20			min		97.1% 28w6d
DFO (HC)		8.39 cm	8.39			moy.		
CT (Hadlock)	✓	24.31 cm	24.31			moy.		23.1% 26w3d
CT* (Hadlock)	✓	24.55 cm	24.55			min		31.0% 26w5d
CA (Hadlock)	✓	22.31 cm	22.31			moy.		50.9% 26w5d
LF (Hadlock)	✓	4.91 cm	4.91			min		38.2% 26w4d
Calculs 2D								
LF/BIP		68% [71 - 87%]		IC (BIP/DFO)		86% [70 - 86%]		
LF/CT (Hadlock)		0.20 [0.19 - 0.20]		LF/CA		22% [20 - 24%]		
CT/CA (Campbell)		1.09 [1.04 - 1.22]						

تتبع الحمل والولادة  
جراحة أمراض النساء  
جراحة السرطان  
جراحة الثدي  
الجراحة بالمنظار  
الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار الداخلي  
علاج عقم الزوجين

## Obstétricale



ents thoraciques vus, bon tonus.

medkouri, \* DOCTEUR ALAOUI ARAZZAKOU Tte 0.1 06.05.2023  
Tib 0.1 14:02:54  
MI 1.1 IC9-R5

- LF : .....mm
- EPF : .....g

26SA 30 ✓

Conclusion : Grossesse monofoetale évolutif de ..... sans particularité.

Résidence les Rosiers, angle bd El Qods et av.Dakhla, Ain chok. Casablanca

إقامة الورود تقاطع شارع القدس وشارع الداخلة، عين الشق، الدار البيضاء

Tél. : 05 22 03 21 73



- Suivi de grossesse-accouchement
- Chirurgie gynécologique
- Chirurgie des cancers • Chirurgie du sein
- Coelioscopie • Echographie
- Colposcopie, Hystéroskopie
- Infertilité du couple

- تتبع الحمل والولادة
- جراحة أمراض النساء
- جراحة السرطان • جراحة الثدي
- الجراحة بالمنظار • الفحص بالصدى
- الفحص بالمنظار الداخلي
- علاج عقم الزوجين

## ORDONNANCE

Casablanca le : ..... الدار البيضاء في : .....  
Nom et Prénom : LAHLI IMANE الإسم و النسب : .....

Le 06/05/2023

1) Twolyf - 1000 mg

100 mg  
2) Calment - 100 mg

150 mg  
3) Dos - 100 mg  
150 mg / 10

4) Urgo - 100 mg  
Urgo - 100 mg / 10

ALAOUI MOUNIA  
Résidence les Rosiers, 1<sup>er</sup> étage Appt 114 angle bd El Qods et av.Dakhla. Ain chok. Casablanca  
Téléphone : 0522 03 21 73  
INPE : 061234712

Résidence les Rosiers, 1<sup>er</sup> étage Appt 114 angle bd El Qods et av.Dakhla. Ain chok. Casablanca  
إقامة الورود الطابق 1 شقة 114 تقاطع شارع القدس وشارع الداخلة. عين الشق. الدار البيضاء

Dr Mounia ARAZZAKOU ALAOUI

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Medecin attachée à l'hopital Cheikh Khalifa

- Suivi de grossesse-accouchement
- Chirurgie gynécologique
- Chirurgie des cancers • Chirurgie du sein
- Coelioscopie • Echographie
- Colposcopie, Hystéroskopie
- Infertilité du couple



الدكتورة مونية أرزاقو علوي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

طبيبة ملحقة بالمستشفى الدولي الشيخ خليفة

- تتبع الحمل والولادة

- جراحة أمراض النساء

- جراحة السرطان • جراحة الثدي

- الجراحة بالمنظار • الفحص بالصدى

- الفحص بالمنظار الداخلي

- علاج عقم الزوجين

## ORDONNANCE

06/05/23

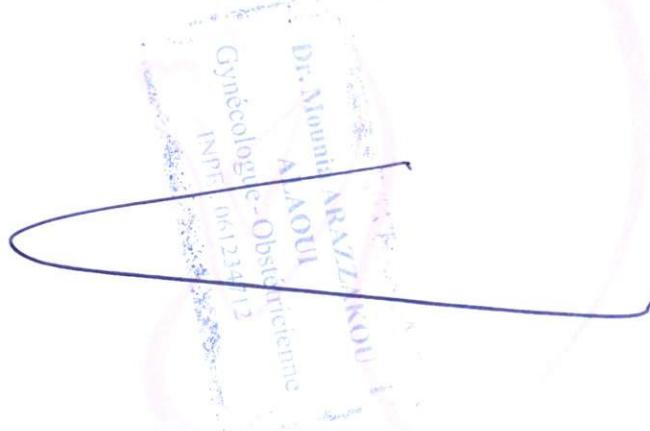
Casablanca le : الدار البيضاء في :

Nom et Prénom : LAHLY MANE الإسم والنسب :

FACTURE

— Consult = 200 Dhs

— Echographie = 200 Dhs



Résidence les Rosiers, 1<sup>er</sup> étage Appt 114 angle bd El Qods et av.Dakhla. Ain chok. Casablanca

إقامة الورود الطابق 1 شقة 114 تقاطع شارع القدس وشارع الداخلة. عين الشق. الدار البيضاء

☎ 05 22 03 21 73