

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

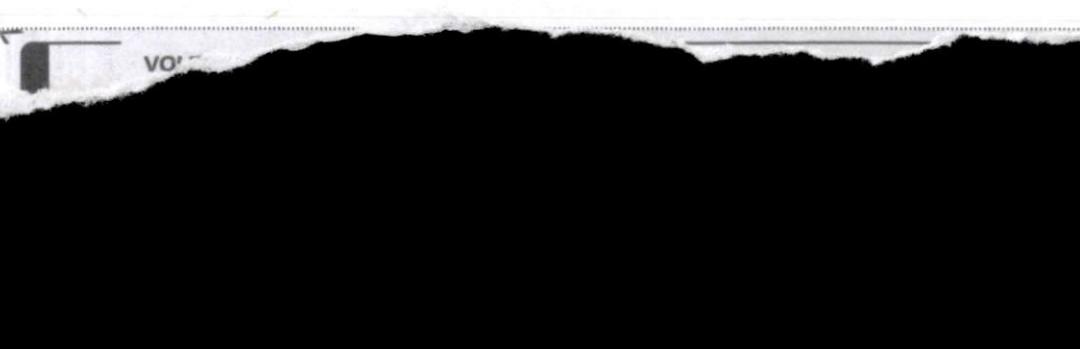
N° W21-819133

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>30621</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ÉCHIHEB MOUNA</u>			
Date de naissance : <u>06/09/1984</u>			
Adresse : <u>Residence San Square II Immeuble Apt 2</u> <u>Der Bemanga</u>			
Tél. : <u>0675002665</u> Total des frais engagés <u>542,00</u> DHS			
Cadre réservé au Médecin <u>Cabinet Medical Santéfam</u> <u>Gynécologie - Infertilité</u> <u>100, Bd Ibn Sina - Tel : 05 22 36 03 03</u> <u>091170753</u>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>21/12/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ÉCHIHEB MOUNA</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>ÉS 05/21</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>24 JAN 2021</u>			
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 : Casablanca Le : 23/01/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
27/12/23	CS	400	400	INP : 00000000000000000000000000000000 Cabinet Médecin - Interne Dr. BIDDA RABIA Résidence Dar El Kout 101-1, Avenue E2 Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Coordonnateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAREKENZ DR. BIDDA RABIA Résidence Dar El Kout 101-1, Avenue E2 Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645	27/12/23	142,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

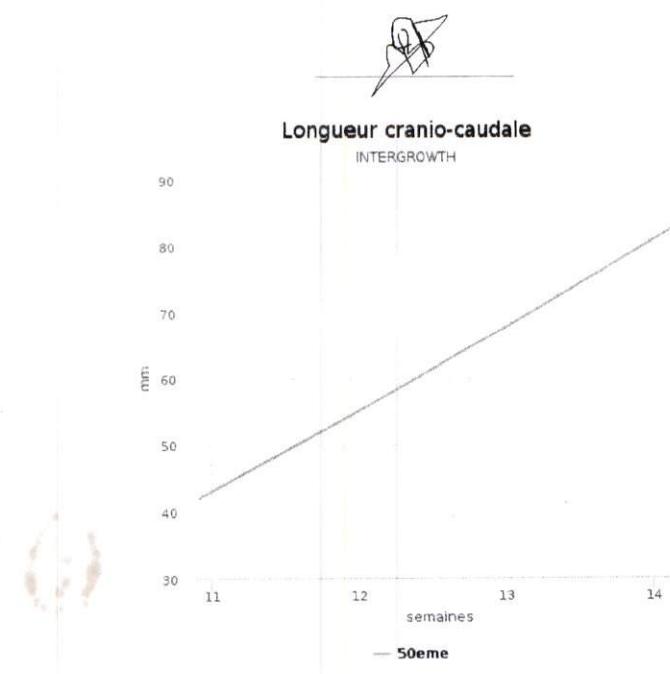
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan 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			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Praticien référent : Amine BITITI

Docteur Amine BITITI



Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

Echographie avant 11 SA du 21/12/2023

Examen réalisé sur un échographe General Electric Voluson E8 RSA mis en service le 01/10/2017
Voie d'examen : vaginale. Conditions de l'examen : bonnes.

ECHIHEB MOUNA née le 06/09/1984 (39 ans)

Mr NOUREDDINE SOBHI
Groupe sanguin : O positif. Taille : 151 cm

Indication : datation.

DDR : 25.10.2023 DDG théorique : 08.11.2023
DDG : 08.11.2023

soit un terme théorique de 8 SA + 1 J
soit un terme de **8 SA + 1 J**.

Anamnèse

Gestité : 2, Parité : 1

Antécédents

Familiaux

RAS

Médico-chirurgicaux

RAS

Gynécologiques

Grosse post HSC DX

DH : AMH 0,99 TSH 0,92 FSH 7,46 PRL 8,40

Mariée depuis 02/2020

Cs IP depuis 09/2020

HSG imperméabilité tubaire gauche

Mari Né en 1958 65 ans 3 enfants RS 3 fois/ sem

Cycles réguliers

CFA 5+3

ACR 2

FCV 1/2023 négatif

Essai bébé depuis 05/2023

Obstétricaux

2022 : Césarienne. RHASSANE . 39 SA.+0 ABI/CG.

Uterus

en position intermédiaire.
à contours réguliers.
de structure homogène.

Sac gestationnel

Intra utérin. Normalement tonique. Trophoblaste diffus. Absence d'image de décollement.
L'embryon n'est pas visualisé.

Vitalité

Activité cardiaque présente.

Ovaire droit

d'aspect normal.

Ovaire gauche

d'aspect normal.

Conclusion

Grossesse unique intra-utérine évolutive.

Date de début de grossesse estimée au 08.11.2023 (+/-5 jours).
Echographie recommandée au terme usuel de 12-13 SA.

Cabinet Médical santéfam
Gynécologie - Infertilité
100, Bd Ibn Sina - Casablanca - Maroc
011 7072 522 36 03 03

DOCTEUR AMINE BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de Médecine de Paris
Hôpital Cochin, Port - Royal
Praticien attaché à l'Hôpital International Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
SPÉCIALISTE EN MÉDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical Santéfam
100, Boulevard Ibn Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

Casablanca, le 21/12/2023

Madame ECHIHEB MOUNA

Nbte d'honoraires

Echographie pelvienne: 400 Dh

Le Docteur BITITI Amine est inscrit au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Grand Casablanca sous le numéro : 10 751. ICE : 002155120000023, IF : 15225929
Paiement par chèque accepté.

Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

N° CPAM :
N° RPPS :
Email :

CASABIANCA, le 21/12/2023

ORDONNANCE

MOUNA ECHIHEB né(e) le 06.09.1984

- 1) YOFOLOVIT : 1cp /jour le soir pendant 2mois.



71 x2

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
1011 Jemm E2 - Dar El Kenz
Tél: 05 20 13 28 69
INPE: 092104645

Docteur Amine BITITI

Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologie - Infertilité
100, Bd Ibn Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com