

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23- 0023203

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13198 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KASSABOU ALAM
Date de naissance : 20/08/96
Adresse : 195577
Tél. : 0707052117 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nadia KHOUMMANE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
119, Bd. Moulay Idriss Ier,
3ème étage N° 5 - Casablanca

Date de consultation : 03/01/2024
Nom et prénom du malade : ELASRANY SALMA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 FEV. 2024

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

VOLET AD

| 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 |
| 03/01/24 | | CS + écho montrage | 200 D.H. 300 D.H. 300 D.H. | <p>Dr Nadia KHOUMMA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE 119, 50 Moulay Idriss I 3^{ème} étage N° 5 - Casablanca</p> |

03/01/24

| | |
|------------|----------|
| CS + | 200 D.H. |
| echo | 300 D.H. |
| monitoring | 300 B.A. |

Dr Nadia KHOUMANE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
119, Bd. Moulay Elriss 1er,
3^{ème} étage N 5 - Casablanca

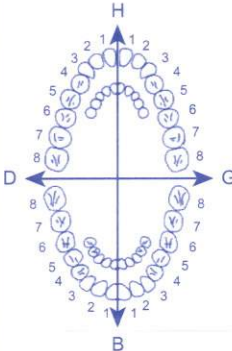
[illegible][illegible][illegible]

| 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CCEFFICIENT 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 DENTAİRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 | | | CCEFFICIENT 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

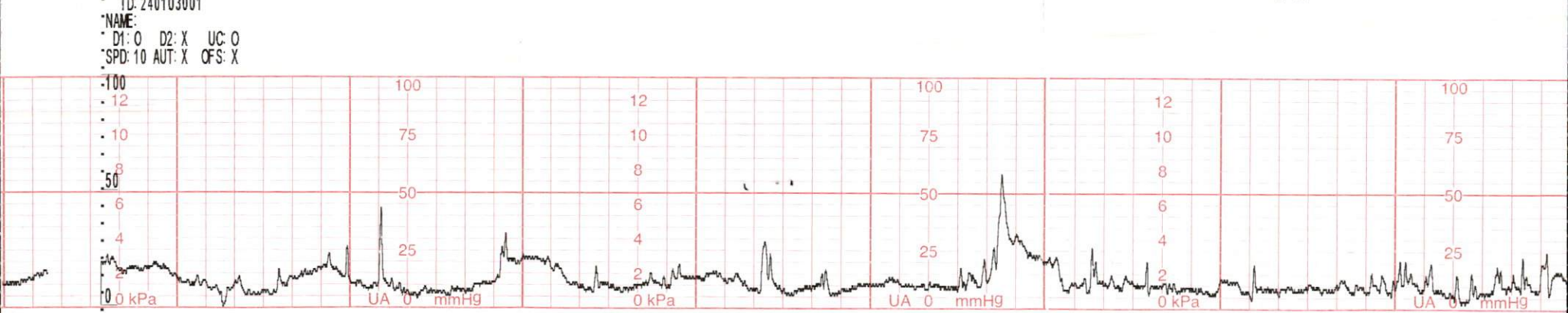
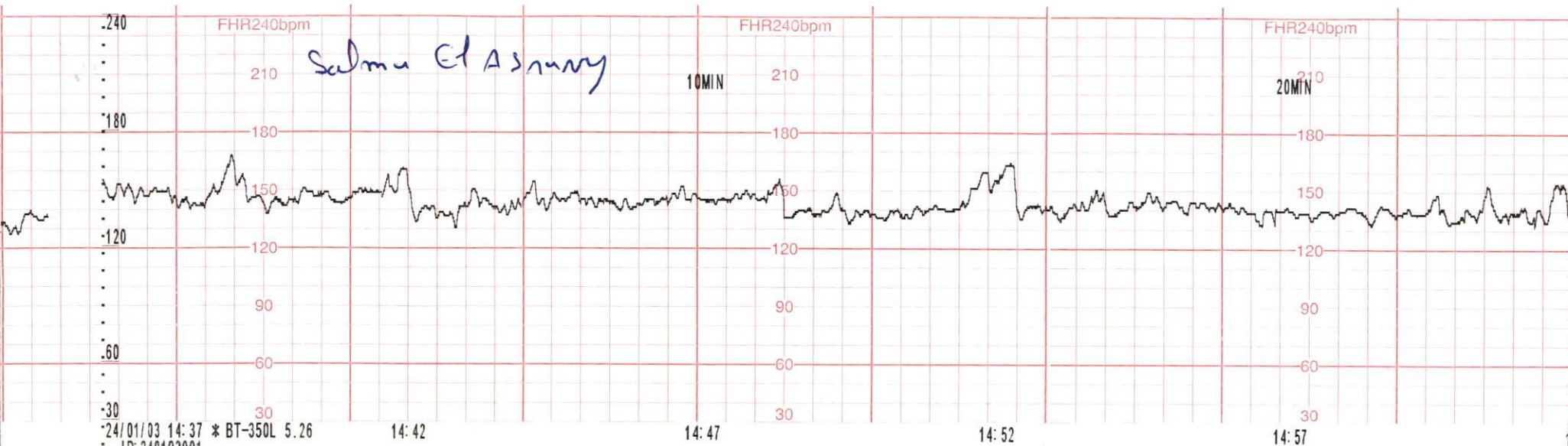
| | | | |
|---|----------|---|----------|
| | | H | |
| | 25533412 | | 21433552 |
| | 00000000 | | 00000000 |
| D | | | G |
| | 00000000 | | 00000000 |
| | 35533411 | | 11433553 |
| | | B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | |
|---|------------------------|------------------------|
|  | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 |
| | B | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| MONTANTS DES SOINS | | |
| DATE DU DEVIS | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Nadia KHOUMMANE

Spécialiste en gynécologie obstétrique

- Suivi de grossesse - echo 3D/4D
- Accouchement
- Infertilité du couple
- Chirurgie gynécologique
- Coelioscopie - hysteroscopie
- Maladies du sein



د.نادية خمان

أخصائية أمراض النساء و التوليد

- تتبع الحمل - الفحص بالصدى 3D/4D
- التوليد
- عقم الزوجين
- جراحة الجهاز التناسلي - الجراحة بالتنظير الباطني
- منظار الرحم
- امراض الثدي

Casablanca Pe 03/01/2024

Selma El Aouany

→ Facture :

- 200 DH : consultation

- 300 DH : échographie

- 300 DH : monitoring

Dr. Nadia KHOUMMANE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
119, Bd. Moulay Idriss 1er
Casablanca, N°5 - Casablanca

☎ 06 36 10 35 85 ☎ 05 20 572 572 INPE : 061306353 ✉ drkhoulmane@gmail.com

📍 119 boulevard moulay idriss premier 3 eme étage numéro 5

- Suivi de grossesse - echo 3D/4D
- Accouchement
- Infertilité du couple
- Chirurgie gynécologique
- Cœlioscopie - hysteroscopie
- Maladies du sein



-Examen réalisé à l'aide d'un appareil voluson S8, sonde convexe multifréquence, mis en circulation en Février 2023.

-DDR : 21/04/ 2023

-Age gestationnel: 36 SA et 5 jours et 35 SA selon écho précoce

Compte rendu

- grossesse monofoetale évolutive
- Activité cardiaque : positive
- Biométrie :
 - *BIP: 87.5 mm, 50 ème percentile de 35 SA 2 jours
 - *PC: 316 mm, 50 ème percentile de 35 SA 3 jours
 - *CA: 309 mm, 50 ème percentile de 35 SA
 - *LF: 70.5 mm , 50 ème percentile de 36 SA
 - *EPF : 2657 grammes + 10% du poids.

- Organes génitaux externes : phénotype XX, d'aspect habituel.
- Liquide amniotique en quantité normale.
- Placenta antérieur et fundique.
- Cordon ombilical avec 2 artères et une veine.
- Doppler ombilical: RI= 0.6
- Annexes maternelles droite & gauche : sans anomalies

Conclusion :

- Grossesse mono-fœtale évolutive de 35 SA
- Biométrie correspondant à l'âge gestationnel.
- Placenta normalement inséré.