

## 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 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

- 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 Atlas Ben Abdellah - 6ème Étage 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

N° W19-520428

42232 AMM

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

12311

Société :

☐ Autre :

ZEFZAFY AMINE

Date de naissance :

29/02/1984

Adresse :

Liad Al Andalous Ambra 3 Imm 32 App 12  
Hay Liad RABAT

Tél. :

06-68-49-30-888

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

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
06/08/2016			30000	INP : <input type="text"/>

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
	06/08/2016	5	10000

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 canaux, 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		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"/>														
	<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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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







## Obstétrique Rapport

Page 1/3

HOPITAL CHEIKH ZAID

## Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 06.08.2020

ID Patient **VP6001721-20-08-06-2**  
Nom **berrada sanaa**  
DOB, Age  
Sexe **Féminin**

Gestité  
Parité  
AB  
Ectopique  
Foetus **1**

DDR **04.05.2020** DDC  
AG(MAE) **13w6d**  
DPA(MAE) **05.02.2021** DPA **08.02.2021** AG **13w3d**

Praticien  
Commentaire

Méd. réf.  
Indication

Échographiste

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	2.38 cm	2.38			moy.		63.3% 14w0d
DFO (HC)		3.16 cm	3.16			moy.		
CT (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	9.10 cm	9.10			moy.		59.8% 14w1d
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	8.75 cm	8.75					46.0% 13w6d
LF (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	1.22 cm	1.22			moy.		51.2% 13w4d
LCC (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	7.53 cm	7.53			moy.		60.1% 13w4d

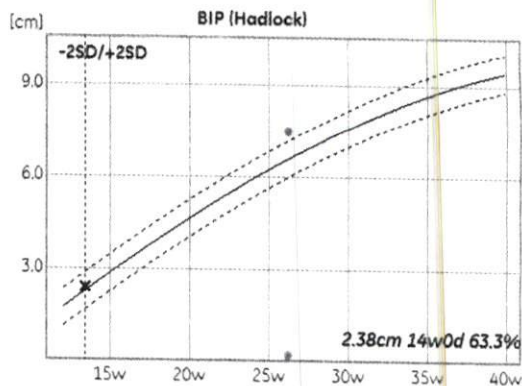
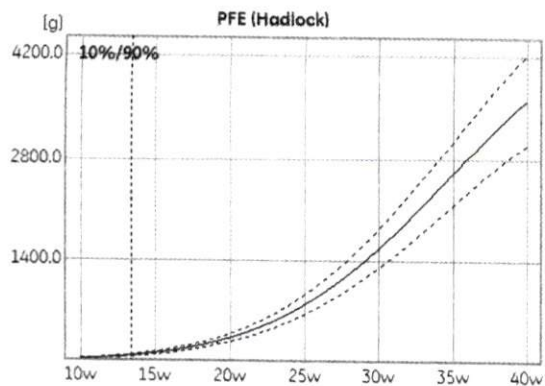
## Calculs 2D

Plage

IC (BIP/DOF) **75%** (70 - 86%)  
LF/BIP **51%** (AG: OOR)  
LF/CT (Hadlock) **0.13** (AG: OOR)

## Graph

Référence AG: GA(DDR)



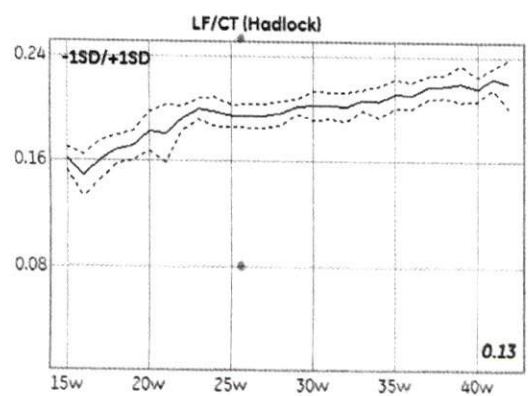
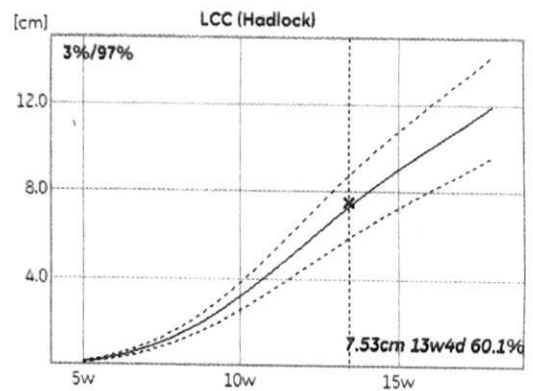
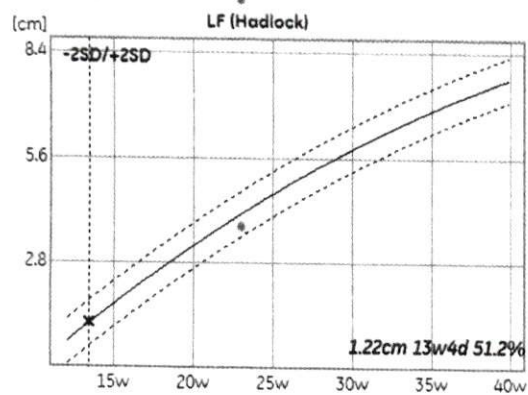
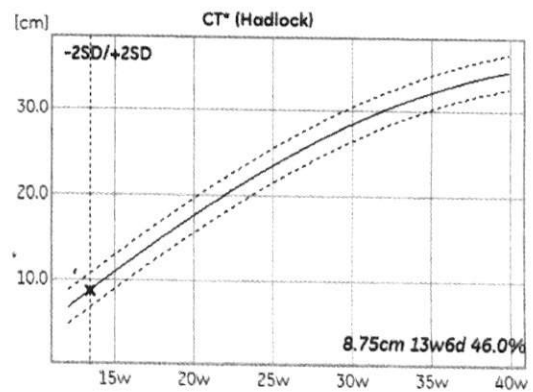
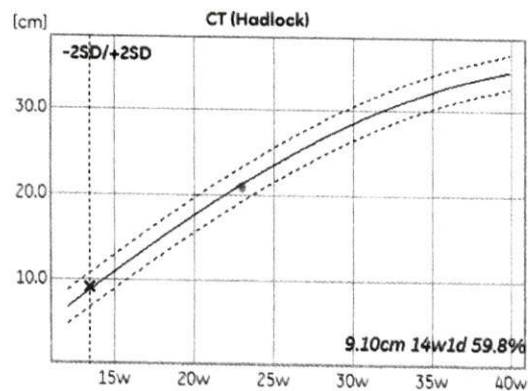
Nom : berrada sanaa

ID patient :

VP6001721-20-08-06-2

Graph

Référence AG: GA(DDR)

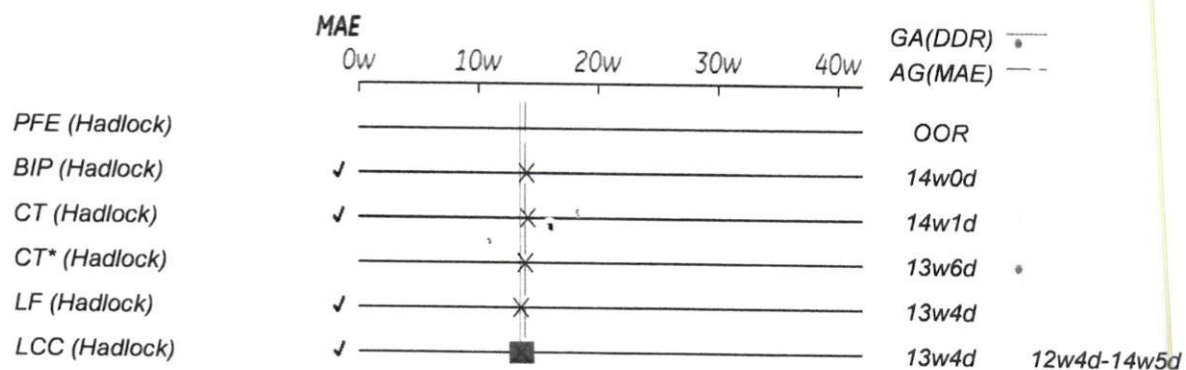


Nom : **berrada sanaa**

ID patient :

**VP6001721-20-08-06-2**

Graphique à barres



Date: **06.08.2020**

Praticien:

Échograph.:

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي



Quittance N°

Consultation le : 06/08/20 A

2 231 855

IPP : 1356 581 N° de dossier : A202682921 DI : 2 533 029

Patient : BERRADA SANAA

Montant : 400,00 Dhs (quatre cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 43

Date d'encaissement : 06/08/2020

Description : ECHO

Medecin : E0239 CHENGUITI ANSARIANAS

Motif : HOPITAL DE JOUR



Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1617744

Royaume du Maroc

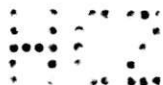
Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي



Consultation le : 06/08/20 A Quittance N° 2 231 840

IPP : 1 356 581 N° de dossier : C202679413

DI : 2 533 026

Patient : BERRADA SANAA

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

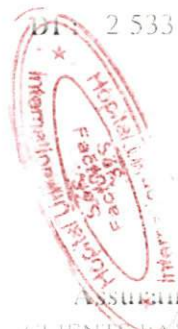
Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/08/2020

Description :

Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

Le reliquat existant sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 17h00

N° 1617743