

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-491998

MD = 17346

C.A

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EL KADIRI 12764 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KADIRI FATINE
 Date de naissance : 01/08/1985
 Adresse :
 Tél. : 0614 021982 Total des frais engagés : # 738,00 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDRHRI
Gynécologue - Obstétricienne
Angle Bir Anzarane et Caid Ach
Rés. Ribh 3ème Etage - Casablanca
Tél : 0522 22 11 11 - GSM : 0662 22 45

Date de consultation : 09/01/2020
 Nom et prénom du malade : EL KADIRI FATINE Age : 34
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Grossesse
 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 : 16/01/2020 Le : 16/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Fatine

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
09/01/20	cat / echw		600,-	Dr. Mohamed El-Bir Anzar N° 22 25 10 15 - Coor: 0662 22 48 4

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL AMDINE 14 Route d'Azemmour Ouled Azouz Tél: 0522 96 54 79</p>	09/11/2026	138,00

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

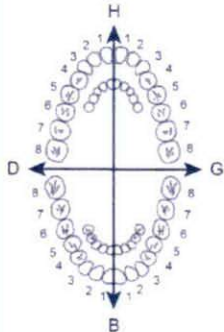
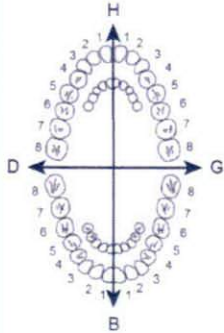
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hystérocopie
Stérilité du couple, FIV - ICSI



سي هشام
التوليد

المخاطر



الطب الجيني والتوليد

الطبيب الجيني والحمل عالي المخاطر
جراحة النساء والتوليد
الجراحة بالمنظار
المعقم والإخصاب

09 janvier 2020

EL KADIRI Fatine

1/ MALTOFER 100 MG

2 cp par jour le matin

2/ PREGNACARE CP

15.30 1 cp par jour

3/ VITAMINE C 1000

122.70 1 comprimé le matin

4/ DAFLON 500 MG 30 CPS

1 cp x 2 / jour

PHARMACIE
ZINE EL ABIDINE
K14 Route d'Azemmour
Ouled Azouz
Tél: 0522 96 54 79

Dr OUDRHIRI IDRISSE H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bir Anzarane et Caid Achtar
Rés. Ribh 3ème Etage - Casablanca
Tél.: 0522 25 10 15 / GSM: 06 62 22 43 82

Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham

Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque

Médecine Foetale et Grossesses à haut risque

Echomorphologie et Echocardiologie Foetale

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie

Sterilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر

بالمستشفى الجامعي بالميريا

الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر

جراحة النساء والثدي

الجراحة بالمنظار

الغقم والإخصاب

NOTE D'HONORAIRES

Date : 09/01/2020

Nom et Prénom : El Kadiri fatine

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 600 DH, et, détaillé comme suit :

- Prix de la consultation : 300 DH
- Prix de l'échographie : 300 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISSE H

Dr. OUDRHIRI IDRISSE H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bd Anzarane et Caid Aelhar
Rue Ribh 3ème étage - Casablanca
Tel : 05 22 25 10 15 - Gsm : 06 62 22 48 82



Compte Rendu

Nom et Prénom : EL KADIRI Fatine

Âge : 34 ans

Date de consultation : 09/01/2020

Groupe Sanguin : A +

Poids : 64,0 Kg TA : 110/70 mmHg

Date Dernières Règles : 28/07/2019

Date Prévue d'Accouchement : 03/05/2020

Semaines d'Aménorrhée : 23 semaines et 4 jours

Semaines d'Aménorrhée corrigée : Non

Biométrie Foetale

DBP :	60.9 mm	Activité cardiaque :	Positive
CC :	228.9 mm	Liquide Amniotique :	Normal
CA :	202.1 mm	Placenta :	Normal
LF :	41.7 mm	Présentation :	céphalique
Poids Estimé Foetal :	694 g	Percentile :	...
Sexe :	Masculin		

Doppler Maténo-Foetal

IPACM : NR

IPAO : NR

	Vu
Rachis	v
Vessie	v
Membres Sup	v
Membres Inf	v
Cordon, Abdomen	v

	Vu
Coeur, 4 Chambres, Vx	v
Diaphragme	v
Plexus choroïdiens	v
Ligne Médiane	v

Examen & Analyse :

Note les mouvements foetaux.

Pas de saignement vaginal ni pertes.

Cervicométrie : 45mm.

Petite dilatation pyélocalicielle gauche de 4,9mm.

Conclusion :

Grossesse évolutive correspondant à son aménorrhée avec croissance adéquate. Petite dilatation pyélocalicielle gauche de 4,7mm. Prochaine visite dans un mois sauf nouvelle incidence.