

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-515369

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) **17895**

Matricule : **12975** Société : **RAT**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **RAHMOUNE KARIM**

Date de naissance : **15/06/85**

Adresse :

Tél. : **0662774953** Total des frais engagés : **920 DHS**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07/12/2019**

Nom et prénom du malade : **HALOUÏ HONDA**

Age : **27**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Glaucome**

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'att. médecin conseil 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 : **CASABLANCA**

Le : **23/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- PSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

l'actes répétés en plusieurs séances ou actes

lobaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

es actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit  
évenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de  
chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale  
ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1589957

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ..... Age : .....  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : *Gw Sh f*  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : .....  
A *R. M. H.* le *07/12/2014*  
Durée d'utilisation 3 mois

**Dr. REDA LAMZIBRI**  
Gynécologue Obstétricienne  
Rue Sebou, N° 14  
Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 77 12 71  
INP : 101091767  
ICE : 001580231000086

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

1589957

Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé : .....  
Nombre de pièces jointes : .....





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
07/12/19	65	200,00	
07/12/19	65	400,00	

Dr. REDA LAMZIBRI  
Gynéco-Obstétrique  
Rue Schou, N° 14  
Agdal - Rabat  
Tél : 05.37.77.12.71  
05.37.77.12.71  
ICE : 001580231000086

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/19	200,40
ICE 001646580000059		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/12/19	190	120,00 HT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient DES TRAVAUX															
				MONTANT DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411		11433553		B		Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552																
	00000000		00000000																
	00000000	D	G																
	35533411		11433553																
		B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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. Réda LAMZIBRI  
Gynécologie-Obstétrique  
Diplômé de la Faculté de médecine de Bruxelles (UCL)

Grossesses à risque- diagnostique anténatal  
Stérilité du couple-FIV  
Chirurgie endoscopique



Rabat, le 07/12/2019

HALOUI HOUDA

65,00 VGEL

22,70 BAYCUTEN N 1 TUBE

POLYGYNAX

38,30 NABYOL FORTE 100

24,80 Duree forte

49,60  
200,40

1 flacon

2 applications par jour

1 ovule le soir pendant 6 jours

2 comprimés 3 fois par jour

1 Duree forte

PHARMACIE GHANI  
Dr. OARFI IMRINE  
Av. Medy IMT, F. Maje, No 2 (Cité Jardins)  
Kénitra, TM : 0537 37 98 06

Dr. REDA LAMZIBRI  
Gynéco-Obstétrique  
Rue Sebou, N° 14  
Agdal - Rabat  
Tél : 05.37.77.12.71  
INP : 101091767  
ICE : 001580231000086

Rue Oued Sebou N° 14  
RABAT - Agdal

Tel : 0537 77 12 71



# مختبر التحليلات الطبية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

**Dr Hassan BENFARES**

*Pharmacien Biologiste*

N°autorisation : 16490



Diplômé de l'Université de Louvain (UCL - Belgique) et de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers  
Biochimie - Hormones et marqueurs tumoraux - Hématologie - Microbiologie - Test respiratoire - Biologie Moléculaire

**FACTURE N° 1912071024**

Rabat le 10-01-2020



**Mme Houda HALOUI**

Demande N° 1912071024  
Date de l'examen : 07-12-2019

Analyses :

PV

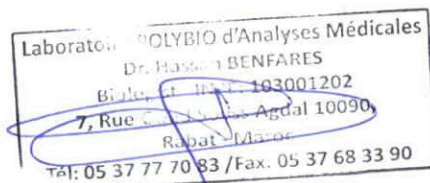
Total des B : 90

Prélèvement : 0 DH

TOTAL DOSSIER : 120 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt dirhams DH**

Type de Règlement : Espèces



ICE:  
000521587000096

INPE: 103001202

AR

**Dr. Réda LAMZIBRI**

**Gynécologie-Obstétrique**

**Diplômé de la Faculté de médecine de Bruxelles (UCL)**

**Grossesses à risque- diagnostic anténatal**

**Stérilité du couple-FIV**

**Chirurgie endoscopique**



**CABINET RÉDA LAMZIBRI**

**NOTE D'HONORAIRES N° 0000933 / 20**

Rabat le, 07.12.2019

**Je soussigné Dr Lamzibri Reda**

Présente à Madame : HAOUA Houdou

Ma note d'honoraires s'élevant à la somme de :

600 000 DH

Pour l' (ou les) acte (s) suivant (s) :

Consultation : 200 000 DH

Échographie : 400 000 DH

Autre (s) :

Et la prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

**Dr. REDA LAMZIBRI**  
Gynécologue-Obstétricienne  
Rue Sebou, N° 14  
Agdal - Rabat  
Tél : 05.37.77.12.71  
INP : 101091767  
ICE : 001580231000086

Rue Oued Sebou N° 14 App 1, Agdal Rabat - Tél : 0537771271

INP : 101091767 - IF : 34344255 - ICE : 001580231000086

**ZIBRI**  
rique  
14  
at

05.37.77.12.71  
INP : 101091767  
ICE : 001580231000086





CABINET REDA LAMZIBRI  
SONOSCAPE S 50 MIS EN SERVICE  
LE 1/11/2017

OB Report

Patient Information

Patient Name: HOUDA HALOUI Patient ID: 20191102\_100603\_900447 Exam Date: 07/12/2019  
Birth Date: 18/02/1992 Sex: Feminin Accession#:  
Comments: A+ 1 CESARIENNE KYSTECTOMIE PAR LPT

Exam Information

Exam Type: OB Height(cm): Weight(kg):  
Gravida: 2 Para: 1 Aborta:  
Ectopic:  
Sonographer: DR LAMZIBRI REDA Referring.M.D: Performing.M.D: DR LAMZIBRI REDA  
Chief Complaint:  
Past History:  
Comments:

LMP: 02/09/2019 GA(LMP): 13w5d EDD(LMP): 08/06/2020

Fetus

GA(CUA):\*\*\*\*\* EDD(CUA):\*\*\*\*\*  
EFW(HC/AC/FL(Hadlock3)): Range: GA(EFW): Dev.(Hadlock):  
105g ±15g \*\*\*\*\* 1.6SD

Measurements

mother

2D Mode

Item	M1-M5	Value	Unit
Unilateral Side			
Cervix Length			
CervixL	56.51	56.51 (Last)	mm

Fetus

2D Mode

Item	M1-M5	Value	Unit	Dev.	GA
Unilateral Side					
NT	1.45	1.45 (Last)	mm		
BPD(Hadlock)	28.31 30.38	30.38 (Last)	mm	±2.2SD	15w4d
OFD(HC)	32.53	32.53 (Last)	mm		
HC(CFEF)	108.01	108.01 (Last)	mm		*****
CRL(Hadlock)	93.67	93.67 (Last)	mm	±2.2SD	15w1d
AC(CFEF)	86.93	86.93 (Last)	mm		*****
TAD(CFEF)	27.04	27.04 (Last)	mm	±1.4SD	14w5d
HL(Jeanty)	16.05	16.05 (Last)	mm	±1.2SD	14w4d
FL(CFEF)	15.53	15.53 (Last)	mm	±1.5SD	14w4d
AFI					
Q1	34.05	34.05 (Last)	mm		
Q2	*****	***** (Last)	mm		
Q3	*****	***** (Last)	mm		
Q4	*****	***** (Last)	mm		
AFI		34.05 (Last)	mm		

2D Calculations

FL/BPD 51.1%  
FL/AC 17.9%  
FL/HC 14.4%  
HC/AC 124.2%

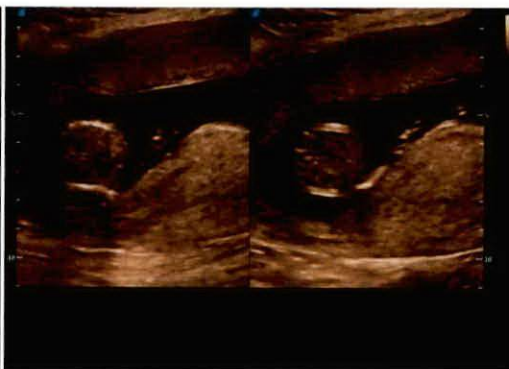
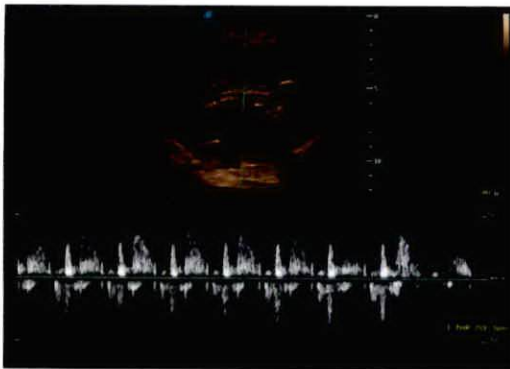
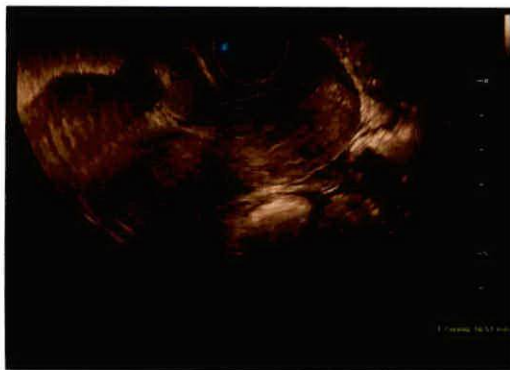
Doppler Mode

Item	M1-M5	Value	Unit
Unilateral Side			
FHR	159	159 (Last)	bpm

#### Description Fœtus and Note Physiologique

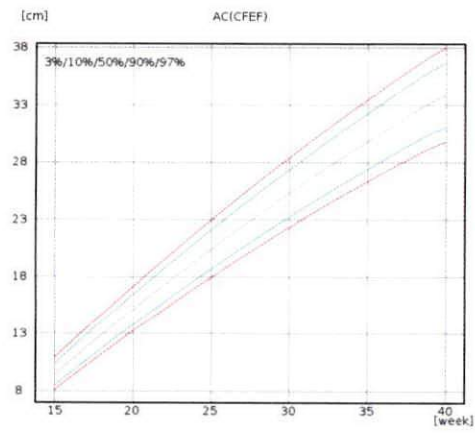
Fetal Pos: Vertex	Placenta Loa: Anterior	Previa: None
Placenta Grade: 0	AF Volume: Adequate	Placenta Cord: Center
Cord Insert: Yes	LV: Seen	CER: Seen
Cist Wagna: Seen	L Ankle/Foot: Seen	R Ankle/Foot: Seen
4Extremity: Seen	Stomach: Seen	Intestines: Seen
Bladder: Seen	R-Kidney: Seen	L-Kidney: Seen
R-Adr Gland: Seen	L-Adr Gland: Seen	Genitalia:
Lungs: Seen	Thymus:	C-Spine: Seen
T-Spine:	L-Spine:	Sacrum:
3-Vessel:	Heart Motion:	4-Chamber: Seen
RVOT:	LVOT:	Ao Arch:
Ductal Arch:	Diaphragm: Seen	Cardiac Rhythm: Normal
Facial Profile: Seen	Lips/Palate:	Fossa:
Nuchal Fold:	Choroid:	
Test Non-stress:	Hydropsie:	
Mouvement Fœtal:	Taille Du Cœur:	
Mouvement Respiratoire Fœtal:	Fonction Cardiaque:	
Os Fœtal:	Doppler Veineux:	
Volume De Liquide Amniotique:	Doppler Artériel:	
Note Total:	Note Total:	

#### Images

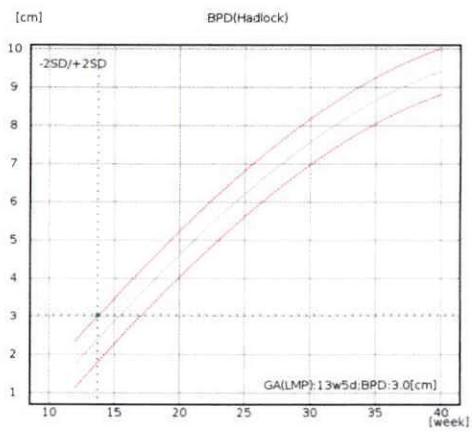




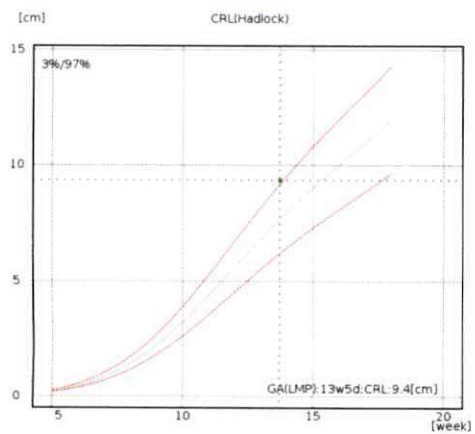
## Graphs



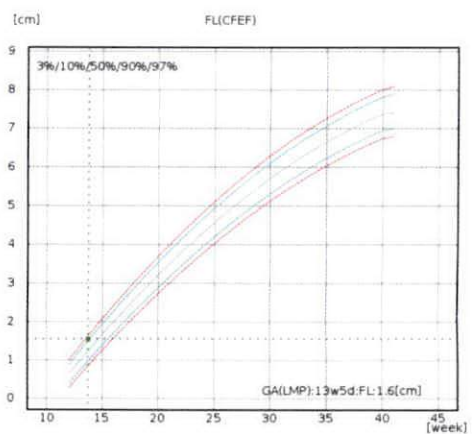
Fetus A AC(CFEF)



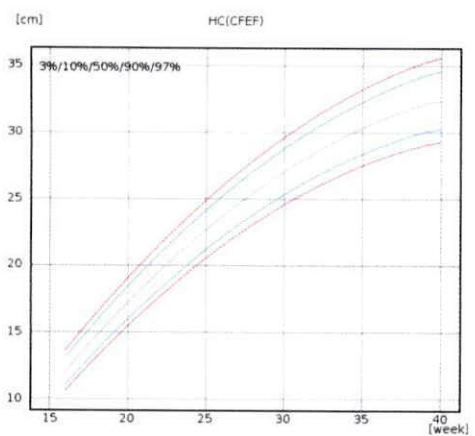
Fetus A BPD(Hadlock)



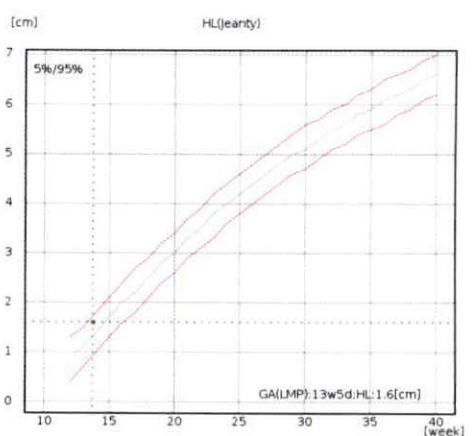
Fetus A CRL(Hadlock)



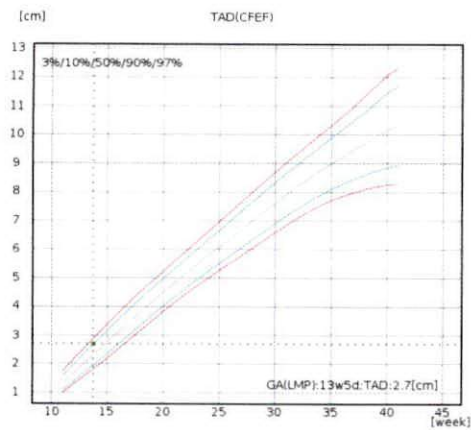
Fetus A FL(CFEF)



Fetus A HC(CFEF)



Fetus A HL(Jeanty)



Fetus A TAD(CFEF)

### Conclusion

### Summary

BONNE VITALITE FOETALE

BIOMETRIE ET MORPHOLOGIE CORRESPONDENT A L'AGE DE GROSSESSE

### Recommendations

Operator:

Dr. REDA LAMZIBRI  
Gynéco-Obstétrique  
Rue Sebou, N° 14  
Agdal - Rabat  
Tél : 05 27 77 12 71  
INP : 101091767  
ICE : 001580231000086

Perf. Physician: