

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

N° W19-491994

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12764 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KADIRI FATINE

Date de naissance : 01/03/1985

Adresse :

Tél. : 06 44 00 48 32 Total des frais engagés : #721 DHS# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. OUDRIH IDRISSIH
Gynécologue - Obstétricien
Angle Ben Abdellah et Cal. Moutar
R.S. Rihh 3ème Etage - Casablanca
Tél : 05 22 25 10 15 - Com : 06 62 22 48 82

Date de consultation : 10/02/2020

Nom et prénom du malade : EL KADIRI FATINE Age :

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 : Casablanca Le : 11/02/2020

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
10/02/20	ceftale		500-	Dr. INP: 0522 25 10 15 - Gsm: 0662 22 48 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL HAMDOLILLAH Dr. ZAIDI Menda Lot Anssari N°123 Dar Bouazza - Casablanca Tél: 05 22 29 09 49	10/02/20	221,35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

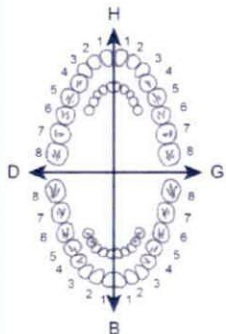
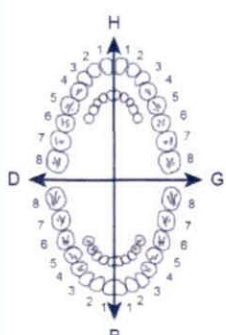
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

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



الدكتور ودغيري إدريسي هشام
إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر
بالمستشفى الجامعي بالميريا
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر
جراحة النساء والثدي
الجراحة بالمنظار
العقم والإخصاب

10 février 2020

EL KADIRI Fatine

1/ MALTOFER 100 MG

2 cp par jour le matin

2/ PREGNACARE CP

1 cp par jour

3/ VITAMINE C 1000

1 comprimé le matin

4/ DAFLOX 500 MG 30 CPS

1 cp x 2 / jour

5/ PEVAGINE 150 OVULES

1 ovule chaque soir pendant 3 jours

6/ BAYCUTENE CREME

1 application matin et soir

MALTOFER FOL B30
AIMM N° 831/15 DMP/21/NRQ
6 118000 331469

Pregnacare 30 CP
PVC : 108,65 DH
Ut Av : 31/01/22 Lot : 224627A
lphabiotics
5 21265 243679

Pharmacie EL HAMDOLLAH
DR. ZAIDI Hatida
Lot Anssat N°123
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 09 49

Pevagine® 150 mg
Boîte de 3 ovules
6 118000 090588

Baycutène® N 15 g
Crème
6 118000 170075

Dr. OUDRHIRI IDRISSE
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bir Anzarane et Caid Achte
Ras. Ribh 3ème Etage - Casablanca
Tél : 05 22 25 10 15 / GSM : 06 62 22 43



NOTE D'HONORAIRES

Date : 10/02/2020

Nom et Prénom : El kadiri fatine

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous
nommée est de 500 DH, et, détaillé comme suit :

- Prix de la consultation : 300 DH
- Prix de l'échographie : 200 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISSE H

Dr. OUDRHIRI IDRISSE H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bir Anzarane et Caïd Alachtar
Res. Rih A, 3^e étage - Casablanca
Tél : 05 22 25 10 15 - 06 62 22 48 82



Compte Rendu

Nom et Prénom : EL KADIRI Fatine

Âge : 35 ans

Date de consultation : 10/02/2020

Groupe Sanguin : A(+)

Poids : 67,5 Kg TA : 110/60 mmHg

Date Dernières Règles : 28/07/2019

Date Prévue d'Accouchement : 03/05/2020

Semaines d'Aménorrhée : 28 semaines et 1 jours

Semaines d'Aménorrhée corrigée : Non

Facteurs de risque : Utérus cicatriciel.

Biométrie Foetale			
DBP	76.4 mm	Activité cardiaque	Positive
CC	272.5 mm	Liquide Amniotique	Normal
CA	235.1 mm	Placenta	Normal
LF	53.1 mm	Présentation	siège
Poids Estimé Foetal	1220 g	Percentile	...
Sexe	Masculin		

Doppler Maténo-Foetal	IPACM	NR
	IPAO	1,12

Examen & Analyse :

Note les mouvements foetaux.

Pas de saignement vaginal ni pertes.

Examen : col fermé et postérieur. Candidose vaginale.

Conclusion :

Grossesse évolutive correspondant à son aménorrhée avec croissance adéquate.

Dilatation pyélocalicielle gauche de 6.7mm. Prochaine visite dans un mois sauf nouvelle incidence.

[Signature]