

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

Date: **EVITER 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 A. Alami, 3^{ème} étage, angle Rue Mohammed Fakhri et Rue A. Ben Abdellah, 11111, Casablanca 20090. Tél : 05 22 23 45 45 (L.C.) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-503607

CA

Maladie Dentaire **23899** Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11727** Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : **ELHARTI RAZANE**

Date de naissance : **27/01/1978**

Adresse : **RES LACIGOGNE 3 APPT 306 RUE IBRAHIM ROUDANI RABAT**

Tél : **066144281** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur MOUSSAOUI Ahmed
PROFESSEUR AGREGÉ
DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Rés. du Minaret, Angle Rue Amrane
N° 23 - Rabat - Tél.: 05 37 70 26 56
INPE : 101114510**

Date de consultation : **21/2/20**

Nom et prénom du malade : **Mme ELHARTI Razane**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection gynécologique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

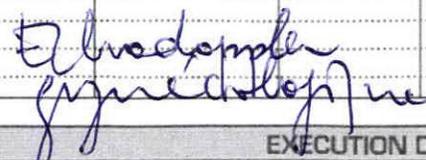
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **05/03/2020**

Signature de l'adhérent : _____

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/12/20 | C3 | 300 | |  Docteur MOUSSAOUI Ahmed PROFESSEUR AGREGÉ DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE Rés. du Minaret, Angle Rue Amman N° 23 - Rabat - Tél. : 05 37 70 26 56 INPE : 101114510 |
| | | | 400 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 21-12-20 | 123,40 |

INPE : 102032489

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 | |
| | | | | | | |

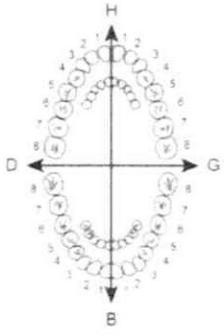
VOLET ADHERENT

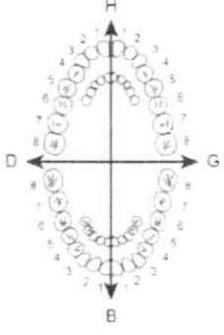
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est pñé 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
|---|----------------|------------------|-------------|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|---|
|  | <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires 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

Docteur Ahmed MOUSSAOUI
 Professeur Agrégé de Gynécologie - Obstétrique
 Accouchements, Maladies des seins
 Chirurgie Gynécologique
 Colposcopie, Hystérocopie, Coeliochirurgie
 Stérilité du couple, Fécondation in vitro
 sur Rendez-vous

الدكتور أحمد المصاوي
 أستاذ مبرز في طب النساء والولادة
 ولادة، أمراض التدي
 جراحة نسائية
 تنظير باطني للرحم وعنق الرحم
 عقم الزوجين، مساعدة طبية على الإنجاب
 بالميعاد

الرباط، في 21/2/20

Mme Elkharti Rejane



PPV(DH): LOT N°: UT.AV.:
 28,40 DH 2317450 09.2022

1) Microdoser (36g)
 28g x 3
 1cp 1/2 x 2 1/2 avant 7h
 puis reprise x 3ms

PPV(DH): LOT N°: UT.AV.:
 28,40 DH 2317450 09.2022

38,20

2) INDOLAN 1901 (16g)

Groupes de Soins

Docteur MOUSSAOUI Ahmed
 PROFESSEUR AGREGÉ
 DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
 Rés. du Minaret, angle Rues Amman
 Rabat - Tél. : 05 37 70 26 56
 N° 101114510

PPV(DH): LOT N°: UT.AV.:
 28,40 DH 2317450 09.2022

Docteur' Ahmed MOUSSAOUI
Professeur Agrégé de Gynécologie - Obstétrique
Accouchements, Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique
Colposcopie, Hystérocopie, Coeliochirurgie
Stérilité du couple, Fécondation in vitro
sur Rendez-vous

الدكتور أحمد المصاوي
أستاذ مبرز في طب النساء والولادة
ولادة، أمراض التدي
جراحة نسائية
تنظير باطني للرحم وعنق الرحم
عقم الزوجين، مساعدة طبية على الإنجاب
بالميعاد

Rabat, le 21/2/20 في الرباط

NOTE D'IMMUNORADRE

Reçu de Mme RAZANE
EL HARTI la somme
de 1000 pour
Echodoppler gynécologique

Docteur MOUSSAOUI Ahmed
PROFESSEUR AGREGÉ
DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Rés. du Minaret, Angle Rue Ammane
N° 23 - Rabat - Tél.: 05 37 70 26 56
INPE : 101114510

Docteur Ahmed MOUSSAOUI
Professeur Agrégé de Gynécologie et Obstétrique
Diplômé d'échographie de la Faculté de Médecine de Montpellier
Accouchements, Chirurgie Gynécologique
Colposcopie, Hystérocopie, Coeliochirurgie
Stérilité du couple, Fécondation in vitro
Sur Rendez-vous

الدكتور أحمد المصاوي
استاذ مبرز في طب النساء والولادة
ولادة، جراحة نسائية
تنظير باطني للرحم وعنق الرحم
عقم الزوجين، مساعدة طبية على الإنجاب
بالمهجاد

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

Mme ELHARTI Razane

Rabat le: 21/02/2020

APPAREIL : VOLUSON 730 Expert E8 3D/4D, Doppler Energie et Doppler couleur

Sonde endovaginale : 5 Mhz

INDICATION: Douleurs pelviennes

- VESSIE : semi pleine normale
- UTERUS : rétroversé, de volume subnormal, petit fibrome interstitiel de 22 mm postérieur et ss séreux postérieur de 12 mm, adénomyose du mur postérieur, endomètre lutéal
- TROMPES : non vues
- OVAIRES : pacifolliculaires
- CDS DOUGLAS : libre
- AUTRE : ras

CONCLUSION : Utérus RTV , adénomyosique et myomateux
A contrôler

Docteur MOUSSAOUI Ahmed
PROFESSEUR AGREGÉ
DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Rés. du Minaret, Angle Rue Ammane
N° 23 - Rabat - Tél.: 05 37 70 26 56
NPE : 101114510

Résidence du Minaret , angle rues Amane et Yougoslavie (à coté du cinema Royal) , n°23, Rabat 10 000

Tel: 05 37 70 26 56, Fax: 05 37 70 26 57, GSM: 06 61 20 25 50

E.mail : amoussaoui.dr@gmail.com Site Web: www.docteurmoussaouiahmed.ma

