

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-633404

12.9.06

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12963		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Zouhir Ouijedane		
Date de naissance : 02 - M - 1989		
Adresse : Avenue Makdad Lahruji, Résidence Elboustane 8 Imm. 15, App. 2, Casablanca		
Tél. : 0671075715 Total des frais engagés : 600,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : \_\_\_\_\_

RELEVE 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
01/06/21	CS		300 DA	  
01/06/21	echographie		300 DA	  

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Dates des Natures des  
Actes**

**Montant détaillé des Honoraires** **Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes**

21/08/11 55

~~3700~~ ~~1693720~~

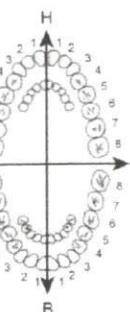
## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	11433553													
	B	35533411														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>															
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

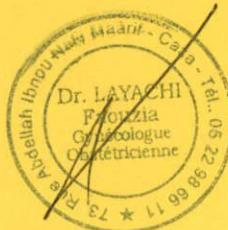
**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**  
**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif  
Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11  
Gsm: 06 28 56 92 59  
Casablanca

Casablanca, Le : 01/06/21

RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme  
de six cents (600dh) dirhams de  
Mme ZOUHIR OUIJDANE pour  
Une consultation spécialisée (300 dh)  
+ une échographie pelvienne (300 dh).



# Obstétrique Report

Dr LAYACHI

## Obstétrique Rapport

Page 1/4

Dr LAYACHI Faouzia

### Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 01.06.2021

ID Patient	VSX001371-20-12-14-6	Gestité
Nom	ZOUHIR OUIJDANE	Parité
DOB,Age	02.11.1989,31	AB
Sexe	Féminin	Ectopique Fœtus

1

DDR	22.10.2020	DDC	DPA	29.07.2021	AG	31w5d
AG(MAE)	33w5d					
DPA(MAE)	15.07.2021					

Praticien Méd. réf. Échographiste  
 Commentaire Indication

PFE (Hadlock)	Valeur	Plage	Âge	Plage	GP (Hadlock)
CA/BIP/LF/CT	1923g	± 281g	31w6d		54.4%

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (CFEF)	✓	8.59 cm	8.59			moy.	96.0%	35w0d
DFO (HC)		10.47 cm	10.47			moy.		
CT (CFEF)	✓	29.93 cm	29.93			moy.	87.2%	34w2d
CT* (Hadlock)	□	30.01 cm	30.01				55.7%	33w2d
CA (CFEF)	✓	27.06 cm	27.06			moy.	52.4%	31w6d
LF (CFEF)	✓	6.38 cm	6.38			moy.	84.8%	33w3d
Céréb (Hill)	✓	4.38 cm	4.38			moy.	92.4%	34w0d

Calculs 2D	Plage
CT/CA (Campbell)	1.11 (0.96 - 1.17)
IC (BIP/DOF)	82% (70 - 86%)
LF/BIP	74% (71 - 87%)
LF/CA	24% (20 - 24%)
LF/CT (Hadlock)	0.21 (0.19 - 0.21)

Mesures Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Art. ombilicale								
FC	149 bpm	149						max

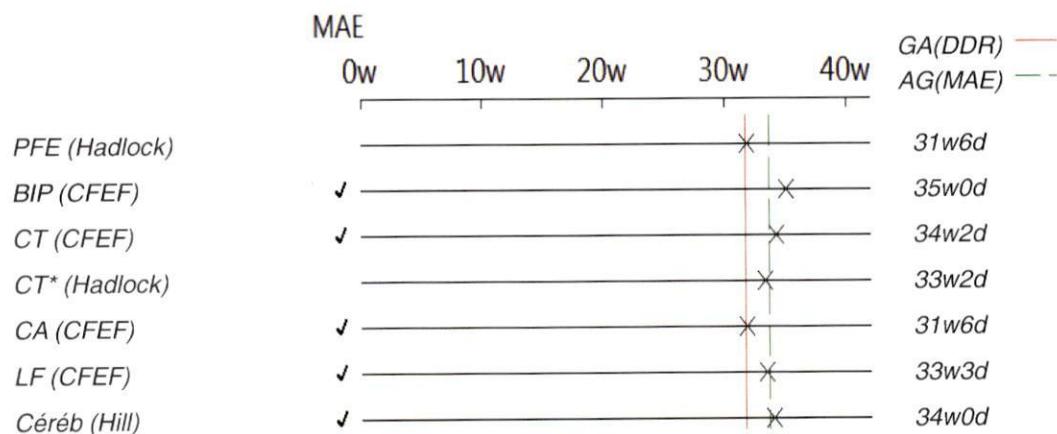
Nom :

**ZOUHIR OUIJDANE**

ID patient :

**VSX001371-20-12-14-6**

Graphique à barres



Générique 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
--------------	--------	----	----	----	----	----	----	-------

Dist.

D	3.26 cm	3.54	2.19	2.03	5.74	2.82	moy.
---	---------	------	------	------	------	------	------

Date: 01.06.2021

Praticien:

Échograph.:



Nom :

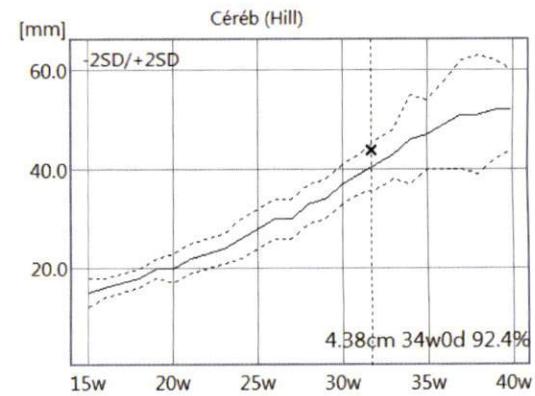
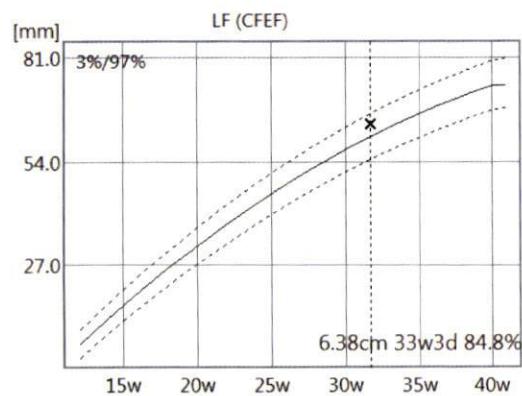
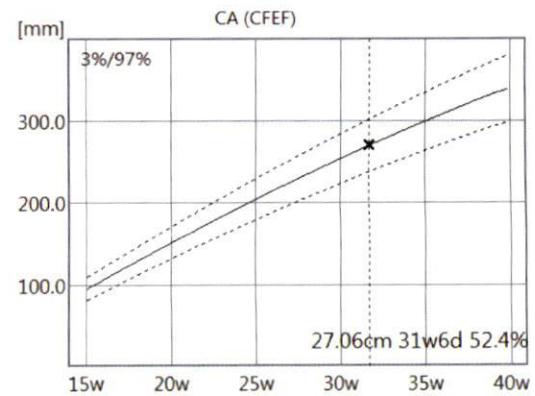
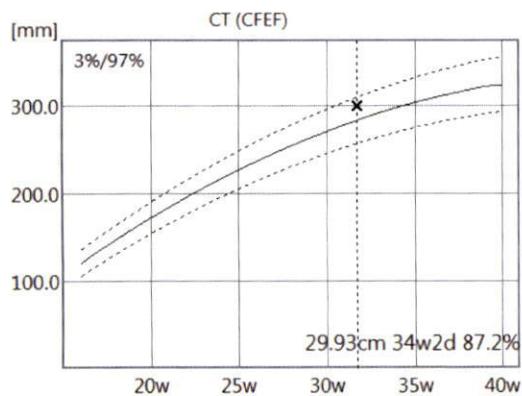
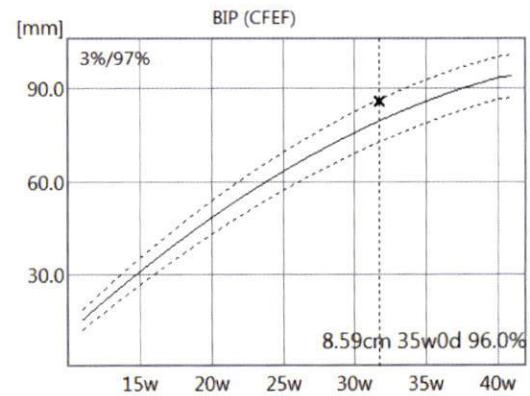
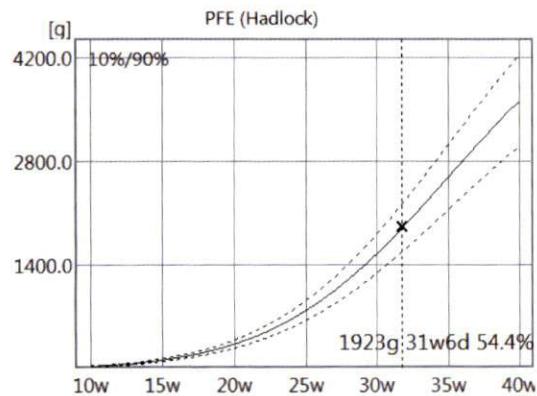
**ZOUHIR OUIJDANE**

ID patient :

**VSX001371-20-12-14-6**

Graph

Référence AG: GA(DDR)



Nom : **ZOUHIR OUIJDANE**

ID patient :

**VSX001371-20-12-14-6**

**Étude anatomique**

*Cerveau fœtal*

Ventricules latéraux	<b>Normal</b>
Cervelet	<b>Normal</b>
Gde citerne	<b>Normal</b>

*Cœur fœtal*

4 cavités	<b>Normal</b>
Voie d'éjection droite	<b>Normal</b>
3 vaisseaux	<b>Normal</b>
Rythme cardiaque	<b>Normal</b>

*Description fœtale*

Position fœtale	<b>Céphalique</b>
Rachis fœtal	<b>Postérieur</b>
Grade de placenta	<b>2</b>
Plac. Insertion cordon	<b>Central</b>
Tête fœtale	<b>Médiane</b>
Placenta Localisation	<b>Fundique</b>
Cordon 3 V	<b>Oui</b>
Liquide amniotique	<b>Normal</b>

*Abdomen fœtal*

Insertion cordon abd	<b>Normal</b>
Estomac	<b>Normal</b>
Vessie	<b>Normal</b>
Rein droit	<b>Normal</b>
Rein gauche	<b>Normal</b>

*Profil biophysique*

Examen de réactivité fœtal	<b>1</b>
Mouvements fœtaux	<b>1</b>
Mouvements respiratoires	<b>1</b>
Vitalité fœtale	<b>1</b>
Volume de liquide amniotiq	<b>1</b>
Total	<b>5 / 10</b>