

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 Étage 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° W21-633404

72.906

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.963 Société : Royal Air MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zouhir Oujdane

Date de naissance : 02-11-1989

Adresse : Avenue Makdad Lahrizi, Résidence Elboudane 8
Imm 15, Apt 2, Casablanca

Tél. : 0671075715 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
01/06/21	CS		300 dh	
01/06/21	échographie obstétricale		300 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 0000000</td> <td>21433552 0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000 35533411</td> <td>0000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 0000000	21433552 0000000	D	G	0000000 35533411	0000000 11433553	B	
	H													
	25533412 0000000	21433552 0000000												
	D	G												
	0000000 35533411	0000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				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
Nom ZOUHIR OUIJDANE
DOB, Age 02.11.1989, 31
Sexe Féminin

Gestité
Parité
AB
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)	<input checked="" type="checkbox"/>	8.59 cm	8.59			moy.		96.0% 35w0d
DFO (HC)		10.47 cm	10.47			moy.		
CT (CFEF)	<input checked="" type="checkbox"/>	29.93 cm	29.93			moy.		87.2% 34w2d
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	30.01 cm	30.01					55.7% 33w2d
CA (CFEF)	<input checked="" type="checkbox"/>	27.06 cm	27.06			moy.		52.4% 31w6d
LF (CFEF)	<input checked="" type="checkbox"/>	6.38 cm	6.38			moy.		84.8% 33w3d
Céréb (Hill)	<input checked="" type="checkbox"/>	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)

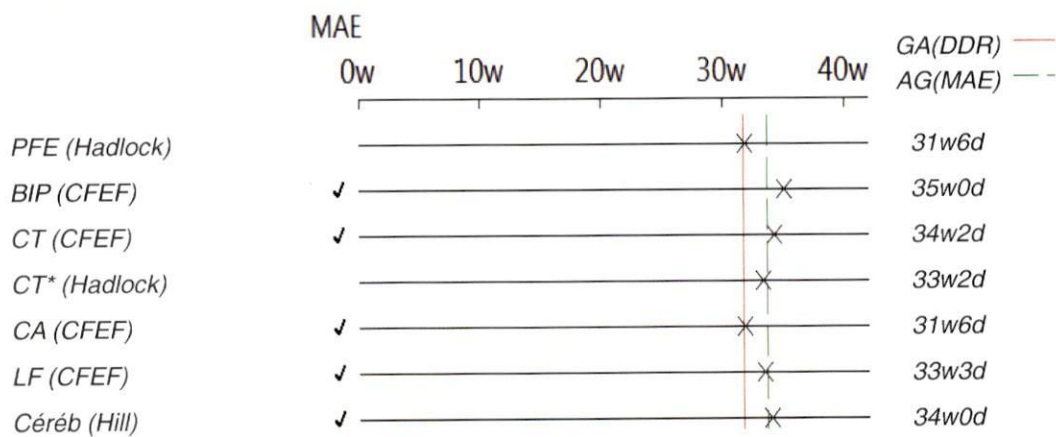
Mesures Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Art. ombilicale								
FC	149 bpm	149						max

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 :

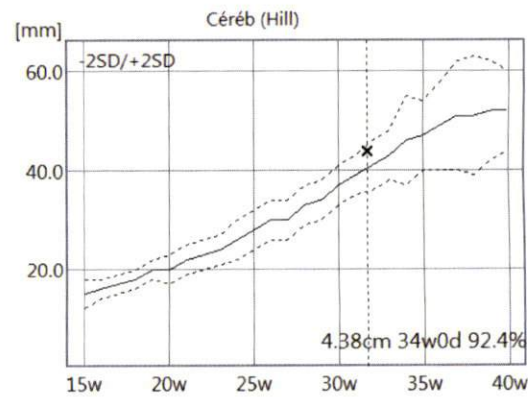
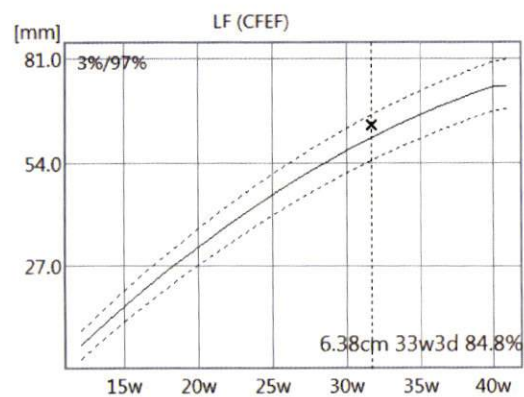
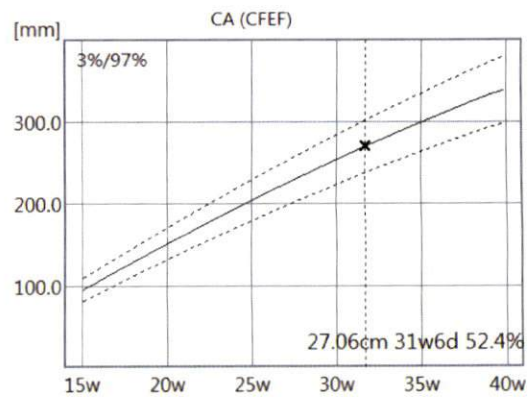
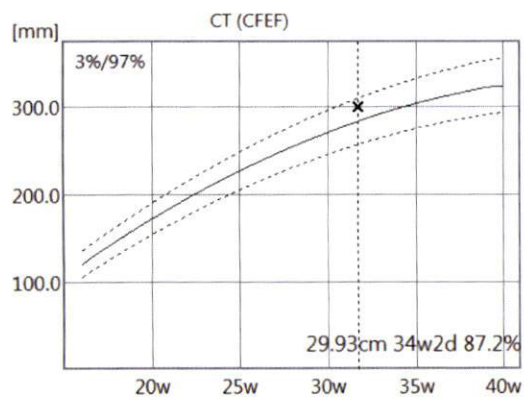
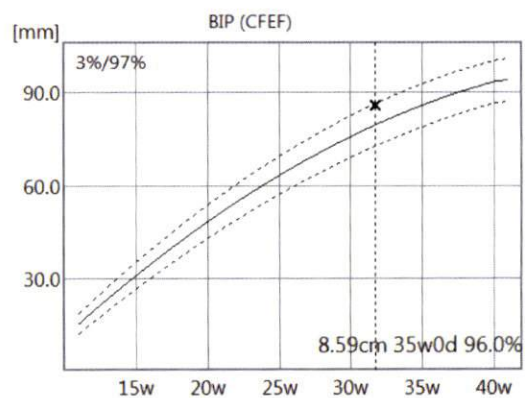
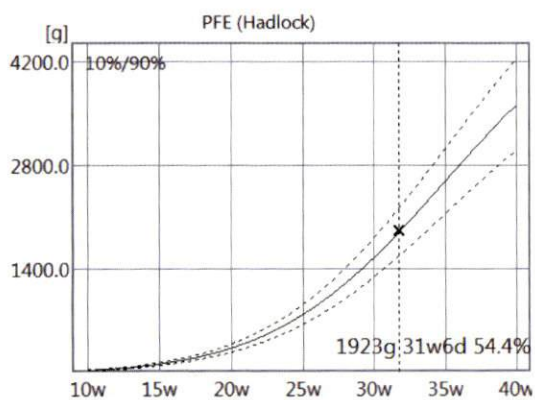
ZOUHIR OUIJDANE

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	Normal
Cervelet	Normal
Gde citerne	Normal

Cœur fœtal

4 cavités	Normal
Voie d'éjection droite	Normal
3 vaisseaux	Normal
Rythme cardiaque	Normal

Description fœtale

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

Abdomen fœtal

Insertion cordon abd	Normal
Estomac	Normal
Vessie	Normal
Rein droit	Normal
Rein gauche	Normal

Profil biophysique

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