

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-621516

73053

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12648		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ENNAZAR OUSSAMA			
Date de naissance : 08/05/1988			
Adresse : Claires Nouacem IMM c. Appt 92			
Tél. : 65698425		Total des frais engagés : 350,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/05/2021			
Nom et prénom du malade : MOUADDAB EL AKAWI ZINE B. Age: 32 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : S.M.R. C.I. O.R. 08.08.82.82			
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
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/06/2021



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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																			
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>	
		H	25533412	21433552															
			00000000	00000000															
		D	00000000	00000000															
			35533411	11433553															
		B																	
MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																			

Dr. JENNANE Bouchra

Spécialiste en gynécologie - Obstétrique

Suivi de grossesses - Echographie 3D/4D

Accouchements - Chirurgie Gynécologique

Maladies du sein - Infertilité du couple

Endoscopie - Fécondation in Vitro

د. الجنان بشرى

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

متابعة الحمل - الكتف بالصدى 3D/4D

التوليد - الجراحة بالمنظار الباطني

أمراض الثدي - جراحة الجهاز التناسلي

علاج عدم الارتجاع - التلقيح الاصطناعي



RABAT LE, 10/05/2021

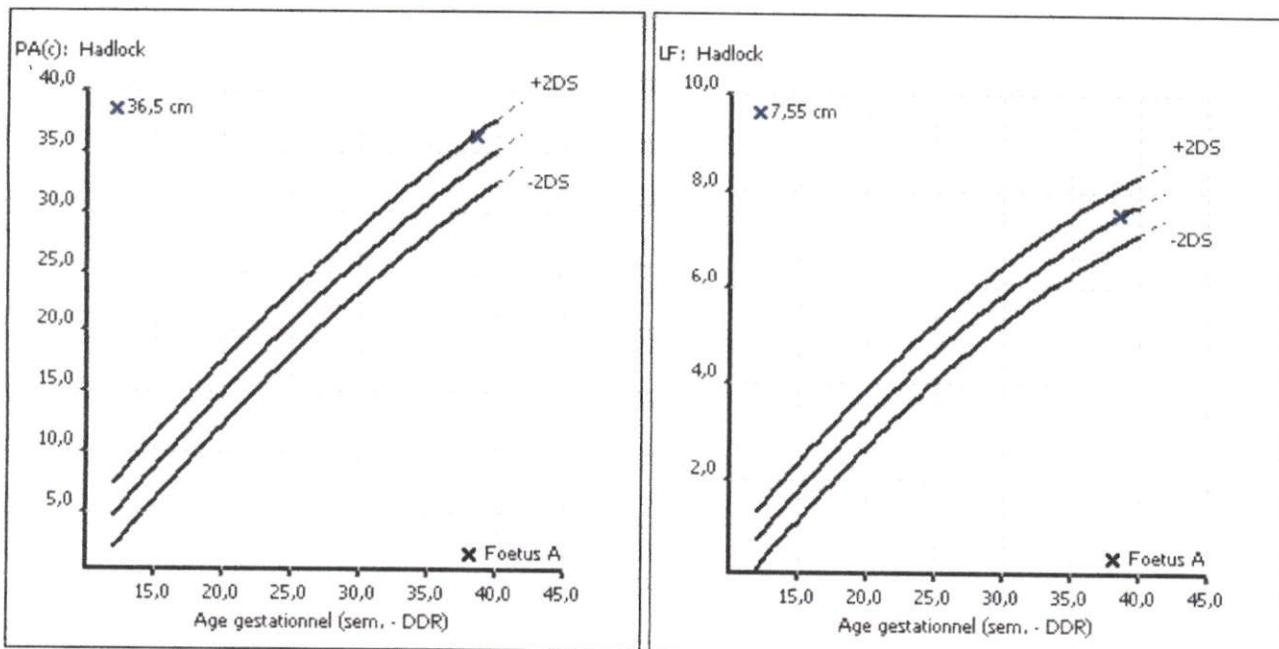
NOTE D'HONORAIRES N° : 3321/21

MOUADDAB EL ALAOUI ZINEB

Echographie	350,00 DHs
TOTAL	350,00 DHs

Dr. JENNANE Bouchra
Gynécologie-Obstétrique
Résidence Riad Ennakhil N°4. Imm. A
Angle Av. Ennakhil, Rue Elyazid Hay Riad-Rabat
Tél Bureau : 05 37 56 66 35 / Urgences : 06 65 87 82 82

ARRETE LA PRESENTE NOTE D'HONORAIRES A LA SOMME DE :
#TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS#

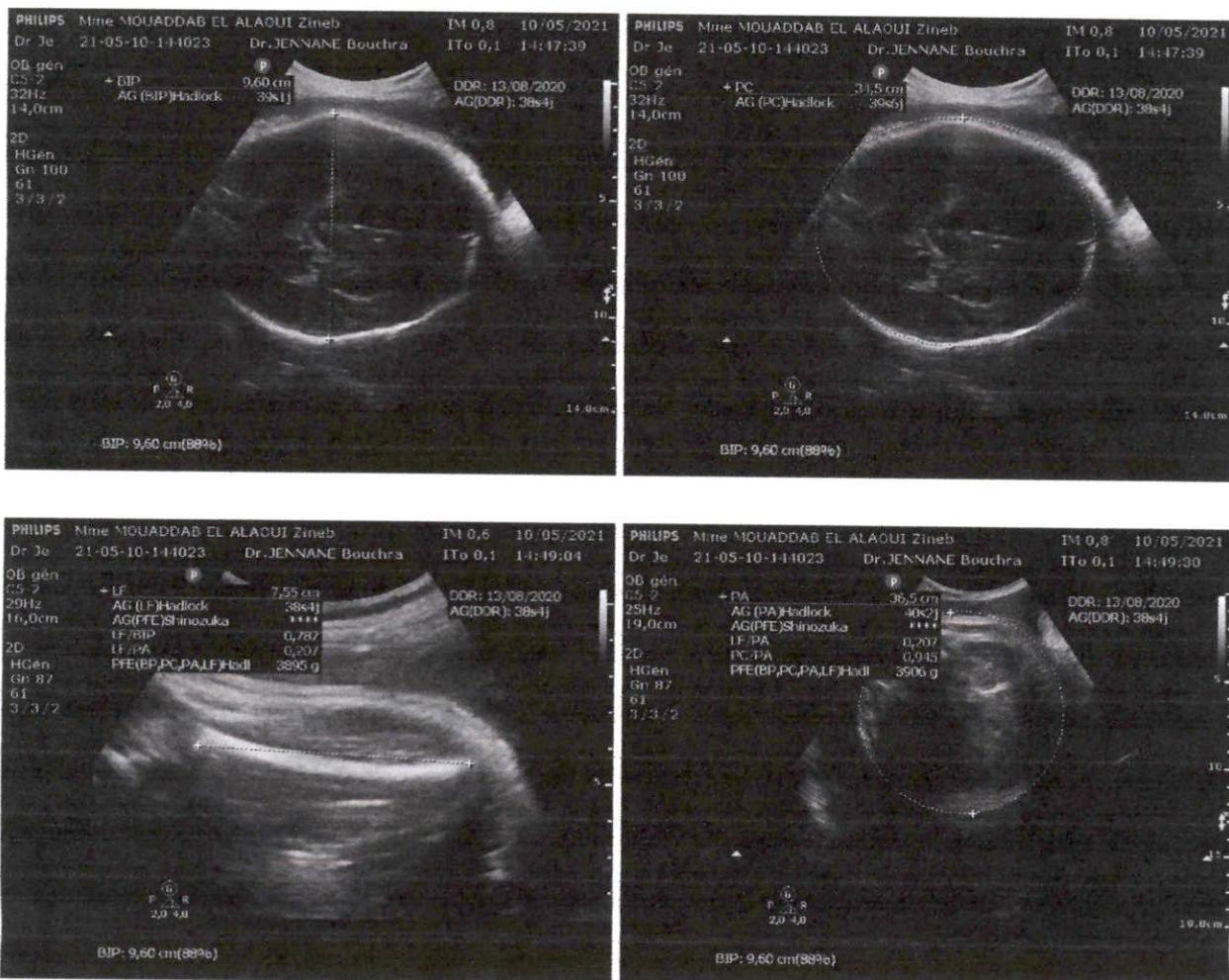


Commentaires

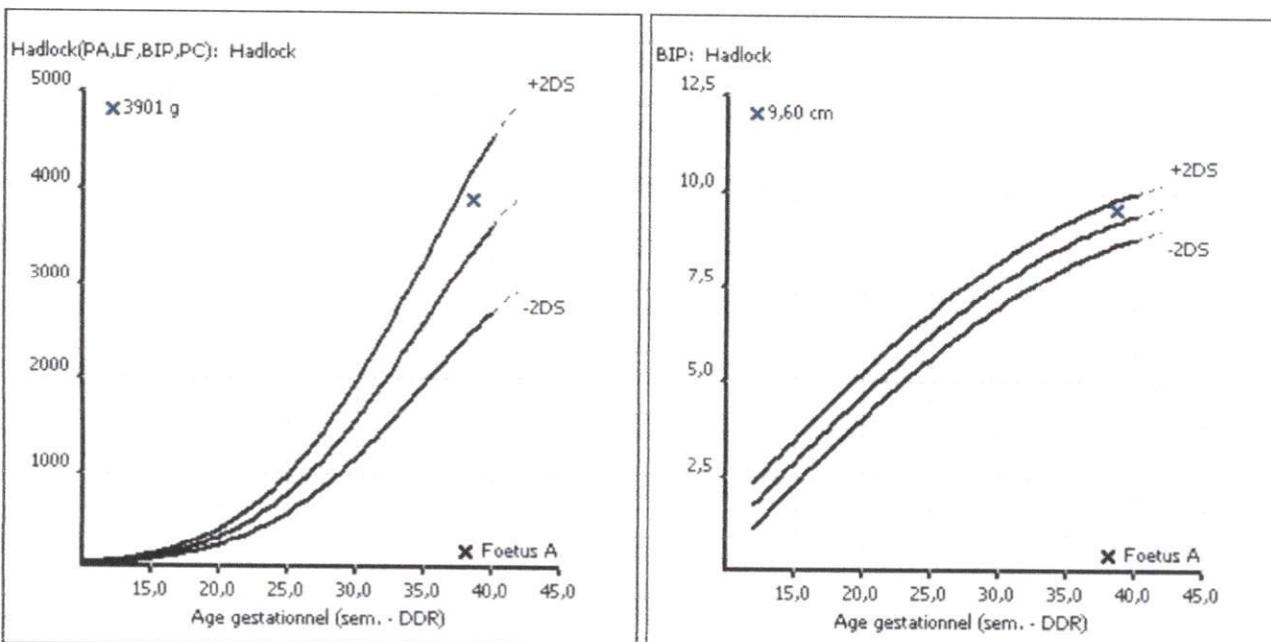
Grossesse mono-foetale évolutive en présentation céphalique.
 Mensurations à terme avec EPF de 3900g +/- 500g.
 Placenta antéro-fundique grade II - III de Grannum.
 Liquide amniotique en quantité normale.

Diagnostiqué par:

Dr. JENNANE Bouchra
 Gynécologie - Obstétrique
 Rés. Dr. Ali Ennakhil 104 Imm. A
 Angle Alaa El Dina et El Moudaw
 Tel: 0537 56 66 35/Urgences 0405 97 82 82



Images des tendances



N° étude: 16820

Dr.JENNANE Bouchra

Nom: Mme MOUADDAB EL ALAOUI Zineb
Age: 32 an(s)

Date de l'étude: 10/05/2021 14:40
Indication: Biométrie

OB**Nbre foetus:** 1**DDR:** 13/08/2020**AG (DDR):** 38s4j**Poids fœtal estimé**

Hadlock(PA,LF,BIP,PC): 3901 g +/- 569 g AUM (Hadlock) 90%tile DDR 90%tile

Age gestationnel

AG (BIP)Hadlock:	9,60 cm	39s1j	+/-22j
AG (PC)Hadlock:	34,5 cm	39s6j	+/-19j
AG (PA)Hadlock:	36,5 cm	40s2j	+/-21j
+ AG (LF)Hadlock:	7,55 cm	38s4j	+/-22j

Mesures de base

	Utilisé dans les calculs	Percentile	1	2	3	4	5
BIP:	9,60 cm	88%	9,60				
PC:	34,5 cm	66%	34,5				
PA:	36,5 cm	MOY	96%	36,4	36,5		
LF:	7,55 cm		57%	7,55			

Les images figurant dans le compte-rendu ne peuvent être utilisées à des fins diagnostiques.

NOM Mme. Maudelle
ED Aloué Zaid

Age gestationnel:
38 semaines
+4 jours

DR. JENNANNE BOUCHE
SYNCHRODIA - Obstétrique
28287 - Rue E. Martini N° 4, Antananarivo
Hôpital Sainte-Radegonde - 101 Avenue de l'Indépendance
Antananarivo - Madagascar
Date: 05/05/1967
Time: 10:56
FHR (FHR1) FHR (FHR2)
FHR bpm FHR bpm
240 210 210 210
210 210 210 210
180 180 180 180
150 150 150 150
120 120 120 120
90 90 90 90
60 60 60 60
30 30 30 30
0 0 0 0
Vitesse 1 cm/min
di pression.
Durée 0 à 20 min

