

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

- 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



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

N° W21-622238

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12657

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHAR ADNAME

Date de naissance : 30/11/1989

Adresse : Secteur 9 Rue Koki in Fath apt 4 Hay Riad Rabat

Tél. : 0660742855

Total des frais engagés : 200

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2021

Nom et prénom du malade : FATHI SANA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Grosse

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl. avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat

Le : 12/06/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/06/21 | CS | | 250 D.H. | INP : 101164903 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 12/06/21 | | 350 D.H. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

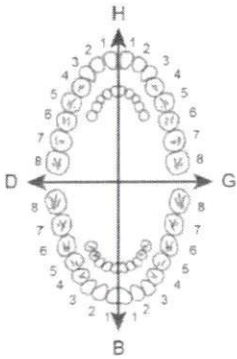
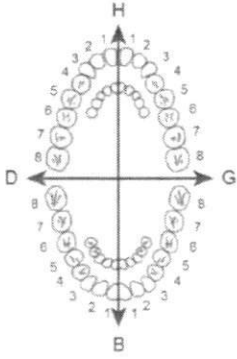
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

| 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 | | | 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |
| | H | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 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. Najat BOUAZZAOU
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

Suivi de Grossesse, Accouchement,
Echographie, Gynécologie, Chirurgie,
Endoscopie, Stérilité du couple, Contraception



الدكتورة نجاة بوعزاوي
أخصائية أمراض النساء و التوليد

رصد الحمل والولادة - جراحة أمراض النساء
التنظير الرحمي - عقم الزوجين - منع الحمل

Rabat le 12/06/2021 الرباط في

NOTE D'HONORAIRE :

Mme FATHI SANA

Je soussignée, Docteur, Bouazzaoui Najat, certifie que Madame
vu son état de santé, est bien venue à mon cabinet ; où elle a bénéficié

Le : 12/06/2021

- Consultation spécialisée (250 dirhams).
- Echographie (350 dirhams).

Cette Facture est délivrée à l'intéressée pour servir et faire valoir ce que
de droit.

Signature

Dr. Najat BOUAZZAOU
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
Appt. 2, Imm. 30, Al Hembra 3 - Ryad Al Andalouss
Hay Riad - Rabat
Tél: 0537 572 - 598 ou 06 66 43 93 26



Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 12.06.2021

Nom : FATHI SANA

Praticien : Dr BOUAZZAOUI NAJ...

ID patient : D58517-21-02-22-2

DDN: 07.09.1992

Méd. réf. :

Âge: 28

Échograph.: Dr BOUAZZAOUI NAJ...

Indication :

Sexe : Féminin

Type d'examen: ECHOGRAPHIE OBS...

DDR : 11.01.2021

GA(DDR) 21w5d

DPA(DDR) 18.10.2021

Grav: 1 Ab:

DDC:

Parité 0 Ect.:

AG(MAE) 21w2d

DPA(MAE) 21.10.2021

| PFE (Hadlock) | Valeur | Plage | Âge | Plage | GP (Williams) |
|---------------|--------|-------|-------|-------|---------------|
| CA/BIP/LF/CT | 465g | ± 68g | 21w6d | | N/D |

| Mesures 2D | MAE | Valeur | m1 | m2 | m3 | Méth. | GP | AG |
|---------------|-------------------------------------|----------|-------|-------|----|-------|----|-------------|
| BIP (Hadlock) | <input type="checkbox"/> | 4.93 cm | 4.89 | 4.96 | | moy. | | 18.6% 20w6d |
| DFO (HC) | | 6.63 cm | 6.67 | 6.58 | | moy. | | |
| CT (Hadlock) | <input checked="" type="checkbox"/> | 18.29 cm | 18.36 | 18.22 | | moy. | | 6.7% 20w5d |
| CT* (Hadlock) | <input type="checkbox"/> | 18.26 cm | 18.27 | 18.22 | | | | 6.4% 20w5d |
| CA (Hadlock) | <input checked="" type="checkbox"/> | 17.58 cm | 17.58 | | | moy. | | 68.0% 22w3d |
| DAT | | 5.47 cm | 5.47 | | | moy. | | |
| LF (Hadlock) | <input checked="" type="checkbox"/> | 3.70 cm | 3.72 | 3.68 | | moy. | | 42.2% 21w5d |
| Céréb (Hill) | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.15 cm | 2.15 | | | moy. | | 20.9% 20w2d |

| Calculs 2D | Plage |
|------------------|--------------------|
| CT/CA (Campbell) | 1.04 (1.06 - 1.25) |
| IC (BIP/DOF) | 74% (70 - 86%) |
| LF/BIP | 75% (AG: OOR) |
| LF/CA | 21% (20 - 24%) |
| LF/CT (Hadlock) | 20% (18 - 20%) |

| Mesures Doppler | Valeur | m1 | m2 | m3 | m4 | m5 | m6 | Méth. |
|------------------|-------------|--------|----|----|----|----|----|-------|
| A Canal artériel | | | | | | | | |
| Syst. | 43.17 cm/s | 43.17 | | | | | | max |
| Diasto. | 13.14 cm/s | 13.14 | | | | | | max |
| TMmax | 18.65 cm/s | 18.65 | | | | | | max |
| MD | -12.69 cm/s | -12.69 | | | | | | max |
| IR | 0.70 | 0.70 | | | | | | moy. |
| IP | 1.61 | 1.61 | | | | | | moy. |
| S/D | 3.29 | 3.29 | | | | | | moy. |
| FC | 158 bpm | 158 | | | | | | max |

Étude anatomique

Cerveau fœtal

Cervelet visible

Cœur fœtal

4 cavités visible

Rythme cardiaque Normal

Nom : **FATHI SANA**ID patient : **D58517-21-02-22-2****Étude anatomique****Description fœtale**

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Position fœtale | Siège |
| Placenta Localisation | Postérieur |
| Liquide amniotique | Normal |

Abdomen fœtal

| | |
|--------------------|----------------|
| Estomac | visible |
| Vessie | visible |
| Membres supérieurs | visible |
| Membres inférieurs | visible |
| Diaphragme | visible |

| Générique 2D | Valeur | m1 | m2 | m3 | m4 | m5 | m6 | Méth. |
|--------------|---------|------|------|------|------|----|----|-------|
| Dist. | | | | | | | | |
| D | 3.25 cm | 2.97 | 2.78 | 3.86 | 3.38 | | | moy. |

Commentaire**GROSSESSE MONOFOETALE EVOLUTIVE DE 21 SA**Date: **12.06.2021** Praticien: **Dr BOUAZZAOUI NAJAT**Échograph.: **Dr BOUAZZAOUI NAJAT**

Dr. Najat BOUAZZAOUI
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
14, 6, Im. 20, Al-Hadrami
Hay Riad - 11530
Tél: 337 572 558 ou 06 78 95 11