

## 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

- 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 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-638098

78655

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12657 Société : RAJ

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHARI ADNAVE

Date de naissance : 30/11/83

Adresse : Secteur 9 Rue Kiki in Fakh gpt 4 Hay Riad

Tél. : 0660749855 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
Appt. 2, min. 30 à Hay Riad, Casablanca

Date de consultation : 28/06/2021

Nom et prénom du malade : FATHI SANA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : GROSSISSE

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 : 29/07/21

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
28/06/21	CS		2500,4	INP : 10164909

# 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
	28/06/21	analyse	3500,7

# AUXILIAIRES MEDICAUX

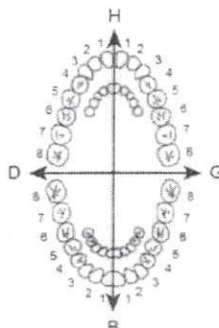
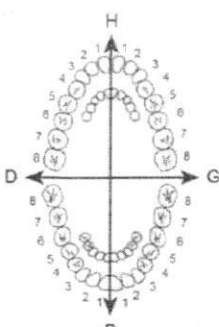
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</td><td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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 28/06/2021 ..... الرباط في

### NOTE D'HONORAIRE :

Mme **FATMA Sama**

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

Le : 28 / 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



## Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 28.06.2021

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) 24w0d

DPA(DDR) 18.10.2021

Grav: 1 Ab:

DDC:

Parité 0 Ect.:

AG(MAE) 23w3d

DPA(MAE) 22.10.2021

PFE (Hadlock)	Valeur	Plage	Âge	Plage	GP (Williams)
CA/BIP/LF/CT	599g	± 87g	23w2d		35.3%

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	5.85 cm	5.85			moy.		41.2% 24w0d
DFO (HC)		7.49 cm	7.49			moy.		
CT (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	21.26 cm	21.26			moy.		11.9% 23w2d
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	21.04 cm	21.04					8.1% 23w1d
CA (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	19.18 cm	19.50	18.85		moy.		37.9% 23w6d
DAT		5.62 cm	5.76	5.48		moy.		
LF (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	4.00 cm	4.00			moy.		10.3% 22w6d

Calculs 2D	Plage
CT/CA (Campbell)	1.11 (1.05 - 1.21)
IC (BIP/DOF)	78% (70 - 86%)
LF/BIP	68% (71 - 87%)
LF/CA	21% (20 - 24%)
LF/CT (Hadlock)	19% (19 - 21%)

Mesures Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
<b>A Canal artériel</b>								
Syst.	-22.01 cm/s	-22.01						max
Diasto.	-6.26 cm/s	-6.26						max
TMmax	-13.31 cm/s	-13.31						max
MD	-5.72 cm/s	-5.72						max
IR	0.72	0.72						moy.
IP	1.18	1.18						moy.
S/D	3.52	3.52						moy.
FC	157 bpm	157						max

## Étude anatomique

## Cœur fœtal

Rythme cardiaque Normal

## Description fœtale

Position fœtale Céphalique  
 Placenta Localisation Postérieur  
 Liquide amniotique Normal

Nom : **FATHI SANA**ID patient : **D58517-21-02-22-2**

Générique 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Dist.								
D	4.36 cm	4.36						moy.

**Commentaire**

GROSSESSE MONOFOETALE EVOLUTIVE DE 24 SA

Date: **28.06.2021** Praticien: **Dr BOUAZZAOUI NAJAT**Échograph.: **Dr BOUAZZAOUI NAJAT**

Dr. Najat BOUAZZAOUI  
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
Appt. 2ème étage, 30 Avenue de la Liberté  
Tél: 0537 519 598 0537 598 43 93 43