

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

- 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° W21-638096

78652

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12657 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHARI ADNANE

Date de naissance : 30/11/83

Adresse : Secteur 9 Rue Keki im Fath apt 4 1er Ried Rabat

Tél. : 060749855 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/07, 2021

Nom et prénom du malade : FATHI SAMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : G08888

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 : 15/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

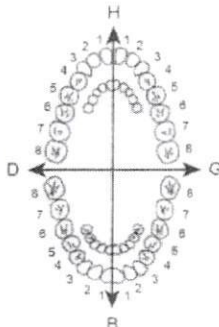
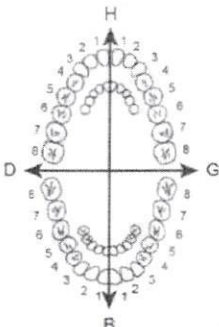
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 15.07.2021

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) 26w3d

DPA(DDR) 18.10.2021

Grav: 1 Ab:

DDC:

Parité 0 Ect.:

AG(MAE) 26w5d

DPA(MAE) 16.10.2021

PFE (Hadlock)	Valeur	Plage	Âge	Plage	GP (Williams)
CA/BIP/LF/CT	1001g	± 146g	26w4d		57.8%

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	6.41 cm	6.41			moy.		25w6d
DFO (HC)		8.83 cm	8.83			moy.		
CT (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	23.97 cm	23.97			moy.		14.1% 26w0d
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	24.09 cm	24.09					17.0% 26w1d
CA (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	22.83 cm	22.83			moy.		65.9% 27w1d
DAT		7.15 cm	7.15			moy.		
LF (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	5.01 cm	5.01			moy.		51.3% 27w0d

Calculs 2D	Plage
CT/CA (Campbell)	1.05 (1.04 - 1.22)
IC (BIP/DOF)	73% (70 - 86%)
LF/BIP	78% (71 - 87%)
LF/CA	22% (20 - 24%)
LF/CT (Hadlock)	21% (19 - 20%)

Mesures Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
A Canal artériel								
Syst.	-28.82 cm/s	-28.82						max
Diasto.	-11.67 cm/s	-11.67						max
TMmax	-19.26 cm/s	-19.26						max
MD	-10.99 cm/s	-10.99						max
IR	0.60	0.60						moy.
IP	0.89	0.89						moy.
S/D	2.47	2.47						moy.
FC	150 bpm	150						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	5.16 cm	4.24	6.07					moy.

Commentaire

GROSSESSE MONOFOETALE EVOLUTIVE DE 26 SA

Date: **15.07.2021**

Praticien:

Dr BOUAZZAOUI NAJAT

Échograph.:

Dr BOUAZZAOUI NAJAT

Dr. Najat BOUAZZAOUI
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Appt 2, Imme. 20, Avenue 20 Août 1956
Pay Road, Rabat
Tél: 0537 572 598 ou 06 66 43 99

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 15/07/2021 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 : 15 / 07 / 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