

## 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.

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 :

Sector 9 Rue Rakei im Fath apt 4 1st flg Rida  
Robot

Tél. : 060749855

Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/07/2011

Nom et prénom du malade :

FATHI SAMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GROSSESSE

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 : 15/07/2011

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/07/2011

## **RELEVE 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
15/07/19	CS		2500 F	INP : 101164903

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/07/24	échographie mes	350 DHT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

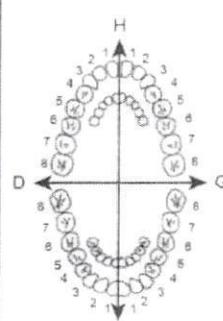
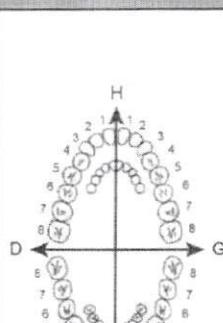
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433562 00000000	H 35533411 B 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 15.07.2021

Nom :	<b>FATHI SANA</b>	Praticien :	<b>Dr BOUAZZAoui NAJ...</b>
ID patient :	D58517-21-02-22-2	DDN:	07.09.1992
		Âge:	28

Indication : Sexe : Féminin Type d'examen: ECHOGRAPHIE OBS...

DDR : 11.01.2021 GA(DDR) 26w3d DPA(DDR) 18.10.2021 Grav: 1 Ab:  
 DDC: AG(MAE) 26w5d DPA(MAE) 16.10.2021 Parité 0 Ect.:

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.		23.2% 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			moy.		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.
<b>A Canal artériel</b>								
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 Bouazzouji  
Sesiliaise en Gynécologie  
APG 24mm. 30/10/2021  
Fay Ryad 0537 572598 ou 06 66 43 93

**DR. Najat BOUAZZAOUI**

**Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique**

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



**الدكتورة نجاة بوعزاوي  
أخصائية أمراض النساء والتوليد**

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

Rabat le ..... 15/07/2021 ..... الرباط في

## **NOTE D'HONORAIRE :**

Mme

*Dr. Najat BOUAZZAOUI  
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
Appt. 2 Imm. 30 Al Hambra 3 Ryad Al Andalous  
Tél. 0537 572 598 ou 06 66 43 22  
FATHI Samia*

**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**