

## 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° W21-680708

117638

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9878</b>	Société : <b>IRAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>QAISI ALI</b>			
Date de naissance : <b>07/06/1975</b>			
Adresse : <b>169 route N° 1 Cas 11220 Zemmour Zembla</b>			
Tél. : <b>0662237210</b>		Total des frais engagés : <b>564 Dhs</b>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :

Date de consultation : <b>13/04/2017</b>
Nom et prénom du malade : <b>NOUFIOR NAWALA</b> . Age:
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>graine palpable</b>
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 : **31/10/2017**

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
13/04/22	Cx.		200	INP : L. Nabil OUAJJO Dr. Nabil OUAJJO Gynécologue-Accoucheur Diplômé de Paris V 59 Rue Jeanne d'Arc Casablanca
	Edgardo Ondate		300	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE H. HESSEAU - CASSEI 131, Rue de la République 77210 VILLEBON SUR YVETTE	13.06.12	64,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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"/>
				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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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"/>

عيادة التوليد وأمراض النساء  
Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le ..... 13/04/22 .....

D = Ravive Novana

32.00 x 2

4) Évacuation u  
14 x 7 11



4	2	2	4	A
0	9	2	0	2
3	2	1	0	DHS

2) Tardif u

64.00  
M 16

Dr. Najib OUAJJOU  
Gynécologue-Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui-Casablanca

DHARMACIE MAZOUZ  
N° 51 BOULEVARD MAZOUE  
Tél : 0522 294441 - Casablanca

39، زنقة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 06 61 32 11 38 / 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 29 40 70 / 05 22 47 29 57 / 06 61 32 11 38

E-mail : drsnoab@gmail.com

عيادة التوليد وأمراض النساء

# Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو

Dr. Najib OUAJJOU

الدكتور عبد الجود برنون

Dr. A. BERRANNOUN

Note d'honoraires N° : 106.

A la suite de la consultation du 13.04.2022.

Dr. N. OUAJJOU, médecin spécialiste présente à Mme  
MOUNIR Nouama

Domicilié(e) ..... Casablanca

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme  
de : 300,- Dhs, réglée :  Espèces,  Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Dr. Najib OUAJJOU  
Gynécologue-Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui-Casablanca

Casablanca, le 13.04.2022

39, زنقة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70  
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 40 70 / 05 22 47 29 57

INPE : [REDACTED]

INPE : 091116160

E-mail : drsnoab@gmail.com

Patente : 34200818 - IF : 1051255 - ICE : 001653085000091 - CNSS : 4498269

## ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

NOM: DUVNIR NOVANTA CASA LE: 13/09/2022

DDR: 02/08/21 DG

AGE GESTATIONNEL : 36 SA + 4

INDICATION : chimie TERME : .....

PRESENTATION: Cephaelis

## 1er TRIMESTRE :

S.G : ..... C.Trophoblaste : ..... V.V : ..... Echo.Embryonnaire : .....

**A.C.:** \_\_\_\_\_ **L.C.C.:** \_\_\_\_\_ **B.I.P.:** \_\_\_\_\_ **D.A.T.:** \_\_\_\_\_ **C.N.:** \_\_\_\_\_

Membres : ..... Contour abdominal : .....

2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> TRIMESTRE :

B.I.P.: 90 P.C.: M1 P.A.: 330 FEMUR: 20 A.C.: (+) M.A.: (-)

Pôle céphalique :  Rachis :  Membres :  Cavités cardiaques :

Contour abdominal: V Diaphragme: V Estomac: Vz

Reins: Wm Vessie: V.

Placenta: low Situation: New Grade: I

Liquide amniotique: Normale Vaisseaux cordon: 3 Vas. DOPPLER: /

---

**CONCLUSION :** .....

Crossword Name -

## L'ECOGRAPHIE :

L'échographie a pour but de vérifier le bien-être foetal, de confirmer l'âge gestationnel et de s'assurer de la normalité

morphologique de l'enfant.

L'échographie détecte surtout les anomalies importantes, susceptibles de modifier le suivi de la grossesse.

L'échographie comme tout examen en médecine n'est pas parfaite et il peut se produire qu'une anomalie bien que présente ne

soit pas détectée par l'examen, même si celui-ci est correctement réalisé.

De nombreux doutes peuvent survenir alors qu'en réalité l'enfant se porte à merveille et dans ce cadre-là d'autres examens sont nécessaires.

complémentaires pourraient vous être proposés.

