

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0036501

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 12815

Société : RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj

Date de naissance : 06/12/89

Adresse : Siège Casablanca, Royal Air Maroc

Tél. : 066 276 5224 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Kabbaj Kamelia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : GROSSE

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 06 / 12 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

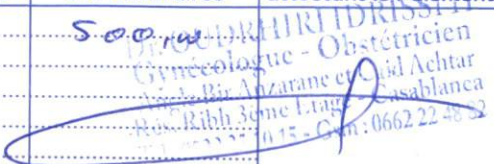
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



### 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
06/12/2022	C.S. + écho		500,00	

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

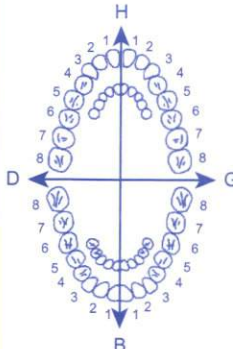
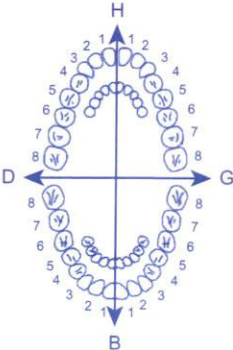
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></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																		
	<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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham**  
**Gynécologue - Obstétricien**

Chef de clinique CHU Almeria  
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque  
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque  
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale  
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins  
Coelioscopie et Hystéroscopie  
Stérilité du couple. FIV - ICSI



**الدكتور ودغيري إدريسي هشام**  
**إختصاصي في أمراض النساء و التوليد**

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر  
بالمستشفى الجامعي بالميريا  
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر  
جراحة النساء والثدي  
الجراحة بالمنظار  
العقم والإخصاب

**NOTE D'HONORAIRE**

Date : 06/12/22

Nom et Prénom : **KABBAJ Kamelia**

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 5000 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 300DH

Prix de l'échographie : 200 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISSE H

**Dr. OUDRHIRI IDRISSE H**  
**Gynécologue - Obstétricien**  
Angle Bir Anzarane et Rue Caïd Alachtar Résidence Ribh A, 3 étage  
Rue Ribh 3ème Etage - Casablanca  
Tél : 06 62 22 48 82 - 05 22 25 10 15





## Compte Rendu

Nom et Prénom : KABBAJ Kamelia

Âge : 33 ans

Groupe Sanguin : B(+)

Date Dernières Règles : 11/03/2022

Date de Fin du Terme : 16/12/2022

Semaines d'Aménorrhée : 38 semaines et 4 jours

Date de consultation : 06/12/2022

Facteurs de risque : ICSI. Utérus cicatriciel.

Biométrie Foetale			
DBP	91.9 mm	Activité cardiaque	Positive
CC	330.0 mm	Liquide Amniotique	Normal
CA	353.4 mm	Placenta	Normal
LF	70.4 mm	Présentation	céphalique
Poids Estimé Foetal	3450 g	Percentile	86
Sexe	Féminin		

Doppler Maténo-Foetal	IPACM	
	IPAO	

**Examen & Commentaire :** Poids : 74,0 Kg TA : 100/70 mmHg

Note les mouvements foetaux. Pas de saignement vaginal ni pertes.

### Conclusion :

Grossesse évolutive correspondant à son aménorrhée avec croissance adéquate et doppler foetal normal.

Dr. OUDRHIRI IDRISSE H  
Gynécologue - Obstétricien  
Angle Bir Anzarane et Gaid Achkar  
Rés. Ribh Sème Etage - Casablanca  
Tél: 0522 25 10 15 / GSM: 06 62 22 48 82