

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-763907

140979

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12628	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Eloufir Hamza			
Date de naissance : 04/10/1988			
Adresse : 11 Rue Cadi Ayad Appart 7 Rabat			
Tél. : 0661186797	Total des frais engagés : 200,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> Cachet du médecin  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. REDA LANZI Gynéco-Obstétricien Rue Sboui, N° 14 Agdal - Rabat Tél : 05 37 77 12 71 INP : 101091767 I.C.E. : 001580231000 </div>			
Date de consultation : 25/10/2022	Age : 33 ans		
Nom et prénom du malade : BENABDELLAH D. m.			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gout S.A.S.C.			
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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

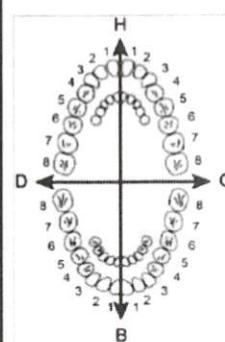
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



CABINET RÉDA LAMZIBRI

NOTE D'HONORAIRES N° 0003015

Rabat le,

21.10.2011

Dr. REDA LAMZIBRI
Gynéco-Obstétrique
Rue Sebou, N°14
Agdal - Rabat
Tél : 05.37.77.12.71
INP : 101091767
ICE : 001580231000086

Je soussigné Dr Lamzibri Reda

Présente à Madame :

Ben Aboleslam Rini

Ma note d'honoraires s'élevant à la somme de :

800.00

Pour l'(ou les) acte (s) suivant (s) :

Consultation :

300.00

Échographie :

500.00

Autre (s) :

Et la prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Dr. REDA LAMZIBRI
Gynéco-Obstétrique
Rue Sebou, N°14
Agdal - Rabat
Tél : 05.37.77.12.71
INP : 101091767
ICE : 001580231000086

Rue Oued Sebou N° 14 App 1, Agdal Rabat - Tél : 0537771271

INP : 101091767 - IF : 34344255 - ICE : 001580231000086



CABINET DR REDA LAMZIBRI

SONOSCAPE S50 MIS EN SERVICE

LE 01/11/2017

OB Report

INFORMATIONS PATIENTE

Patient Name: RIM BENABDESLAM Patient ID: 20220816_105020_900447 Exam Date: 25/10/2022
Birth Date: 30/04/1989 Sex: Feminin Accession#: A+
Comments:

INFORMATIONS EXAMEN

Exam Type: OB	Height(cm):	Weight(kg):
Gravida: 8	Para: 0	Aborta: 7
Ectopic:		
Sonographer: DR REDA LAMZIBRI	Referring.M.D:	Performing.M.D: DR REDA LAMZIBRI
Chief Complaint:		
Past History:		
Comments:		
LMP: 25/05/2022	GA(LMP): 21w6d	EDD(LMP): 01/03/2023

Fetus

GA(AUA):22w1d EDD(AUA):27/02/2023
EFW(HC/AC/FL(Hadlock3)): 522g Range: GA(EFW): ***** Dev.(Hadlock):

MESURES

mother

2D Mode

Item	M1-M5	Value	Unit
Unilateral Side			
Cervix Length			
CervixL	50.42	50.42 (Last)	mm

Fetus

2D Mode

Item	M1-M5	Value	Unit	Dev.	GA
Unilateral Side					
AFI					
Q1	29.00	29.00 (Last)	mm		
Q2	*****	***** (Last)	mm		
Q3	*****	***** (Last)	mm		
Q4	*****	***** (Last)	mm		
AFI	29.00	(Last)	mm		
AC(Hadlock)	185.40	185.40 (Last)	mm		23w2d
Vp	5.24	5.24 (Last)	mm		
HL(Jeanty)	33.77	33.77 (Last)	mm		21w3d
FL(Hadlock)	38.32	38.32 (Last)	mm		22w1d
Cereb(Hill)	24.74	24.74 (Last)	mm		22w3d
BPD(Hadlock)	52.49	52.49 (Last)	mm		21w6d
OFD(HC)	68.56	68.56 (Last)	mm		
HC(Hadlock)	193.04	193.04 (Last)	mm		21w3d

2D Calculations

FL/BPD	73.0%
FL/AC	20.7%
FL/HC	19.9%
HC/AC	104.1%

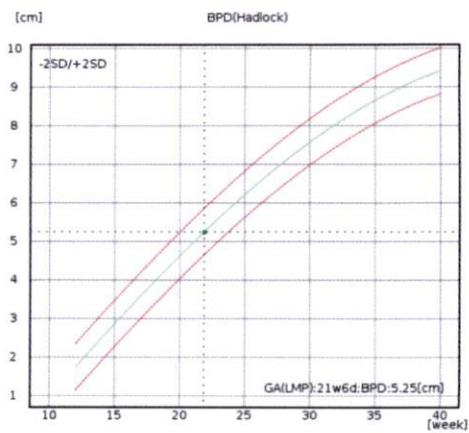
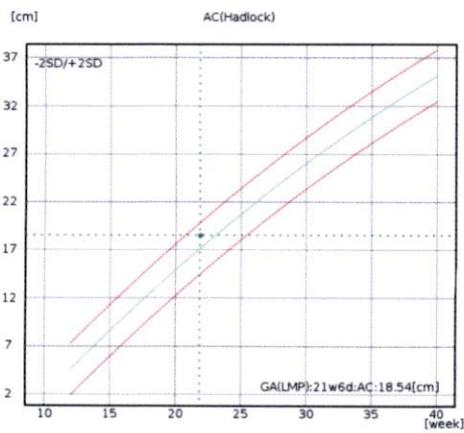
Doppler Mode

Item	M1-M5	Value	Unit
Unilateral Side			
FHR	151	151 (Last)	bpm

Description Fœtus and Note Physiologique

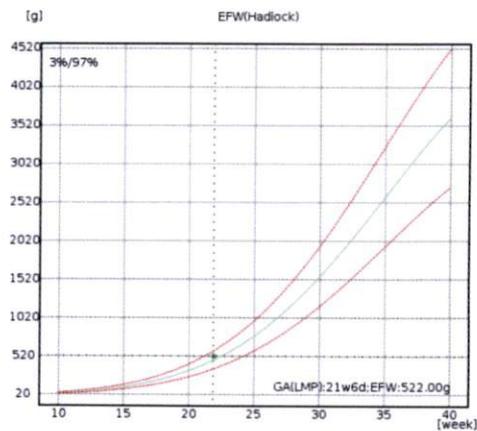
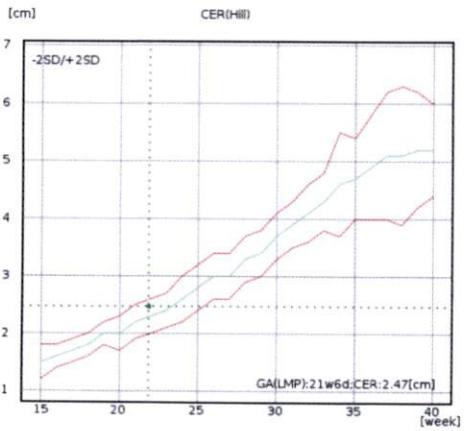
Fetal Pos: Breech	Placenta Loa: Fundal	Previa: None
PlacentaGrade: 0	AF Volume: Adequate	Placenta Cord: Center
Cord Insert: Yes	LV: Seen	CER: Seen
Cist Wagna: Seen	L Ankle/Foot:	R Ankle/Foot:
4Extremity: Seen	Stomach: Seen	Intestines: Seen
Bladder: Seen	R-Kidney: Seen	L-Kidney: Seen
R-Adr Gland: Seen	L-Adr Gland: Seen	Genitalia: Female
Lungs: Seen	Thymus:	C-Spine: Seen
T-Spine:	L-Spine:	Sacrum:
3-Vessel: Not Seen	Heart Motion: Seen	4-Chamber: Seen
RVOT:	LVOT:	Ao Arch:
Ductal Arch:	Diaphragm: Seen	CardiacRhythm: Normal
FacialProfile: Seen	Lips/Palate:	Fossa:
Nuchal Fold:	Choroid:	
Test Non-stress:	Hydropsie:	
Mouvement F?tal:	Taille Du C?ur:	
Mouvement Respiratoire Foetal:	Fonction Cardiaque:	
Os F?tal:	Doppler Veineux:	
Volume De Liquide Amniotique:	Doppler Artériel:	
Note Total:	Note Total:	

COURBES DE CROISSANCE



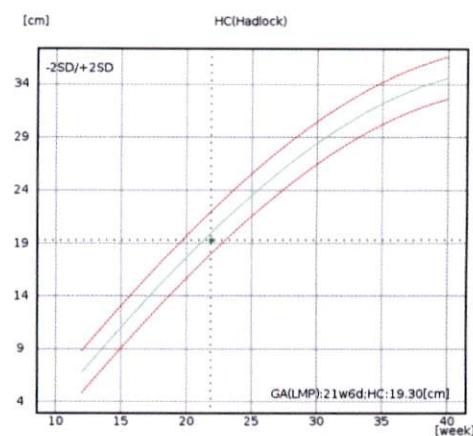
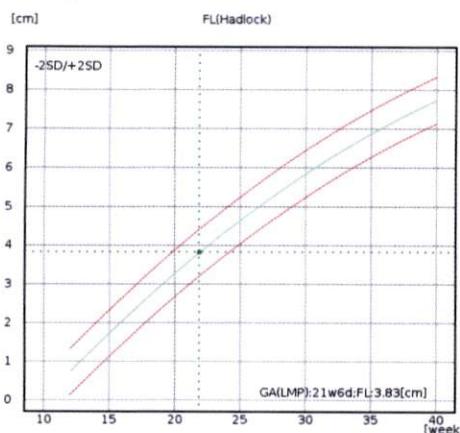
Fetus A AC(Hadlock)

Fetus A BPD(Hadlock)



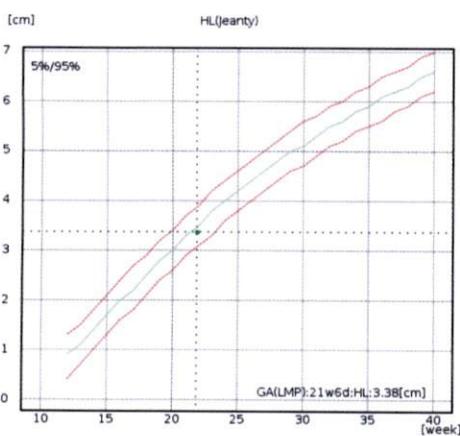
Fetus A CER(Hill)

Fetus A EFW(Hadlock)



Fetus A FL(Hadlock)

Fetus A HC(Hadlock)



Fetus A HL(Jeanty)

CONCLUSIONS

Summary

BONNE VITALITE FOETALE

BIOMETRIE P50-P95

MORPHOLOGIE SANS PARTICULARITES POUR LES ELEMENTS VISUALISES

Recommendations

Operator:

Perf. Physician:

LEADER LAMBERT
Leco-Obstetrique
Sebastien Cabat
05.34.77.12.71
04.67.17.67
06.70.68