

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-763907

140979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12628 Société : RAO

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELAUBIR HAMZA

Date de naissance : 04/10/1988

Adresse : 11 Rue Gali Agdal Agdal 7 Rabat

Tél. : 0661186797 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2022

Nom et prénom du malade : BENABDESLAN Rim Age : 33 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gae SASSC

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 : 12/12/2022

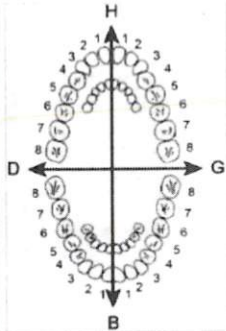
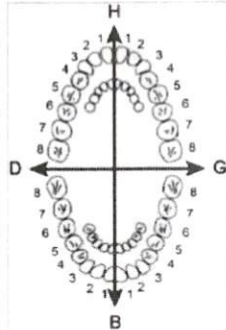
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
10/10/10	CS	300	300,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
10/10/10	CS	200	200,00	

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 Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS []																	
		DATE DU DEVIS []																		
		DATE DE L'EXECUTION []																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



CABINET RÉDA LAMZIBRI

NOTE D'HONORAIRES N° 0003015

Rabat le, 25.10.2019

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 :

80000

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

Consultation :

30000

Échographie :

50000

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
Birth Date: 30/04/1989
Comments:

Patient ID: 20220816_105020_900447
Sex: Feminin

Exam Date: 25/10/2022
Accession#: A+

INFORMATIONS EXAMEN

Exam Type: OB
Gravida: 8
Ectopic:

Height(cm):
Para: 0

Weight(kg):
Aborta: 7

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

EFW(HC/AC/FL(Hadlock3)):
522g

Range:
±77g

EDD(AUA):27/02/2023

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%

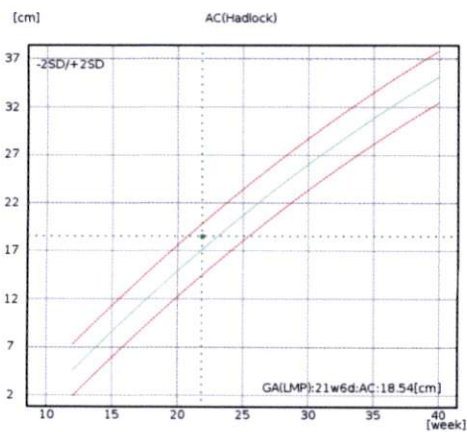
Doppler Mode

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

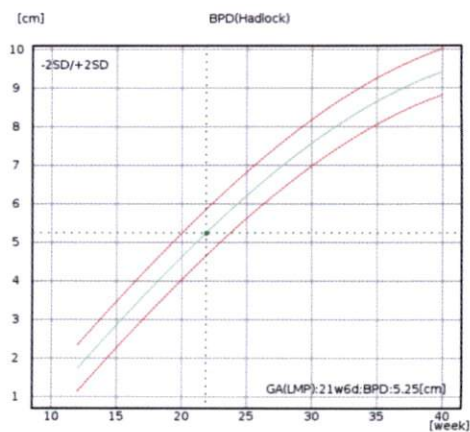
Description Foetus and Note Physiologique

Fetal Pos: Breech	Placenta Loa: Fundal	Previa: None
Placenta Grade: 0	AF Volume: Adequate	Placenta Cord: Center
Cord Insert: Yes	LV: Seen	CER: Seen
Cist Wagna: Seen	L Ankle/Foot: Seen	R Ankle/Foot: Seen
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: Seen	C-Spine: Seen
T-Spine: Seen	L-Spine: Seen	Sacrum: Seen
3-Vessel: Not Seen	Heart Motion: Seen	4-Chamber: Seen
RVOT: Seen	LVOT: Seen	Ao Arch: Seen
Ductal Arch: Seen	Diaphragm: Seen	Cardiac Rhythm: Normal
Facial Profile: Seen	Lips/Palate: Seen	Fossa: Seen
Nuchal Fold: Seen	Choroid: Seen	
Test Non-stress: Seen	Hydropisie: Seen	
Mouvement F?tal: Seen	Taille Du C?ur: Seen	
Mouvement Respiratoire Foetal: Seen	Fonction Cardiaque: Seen	
Os F?tal: Seen	Doppler Veineux: Seen	
Volume De Liquide Amniotique: Seen	Doppler Artériel: Seen	
Note Total: Seen	Note Total: Seen	

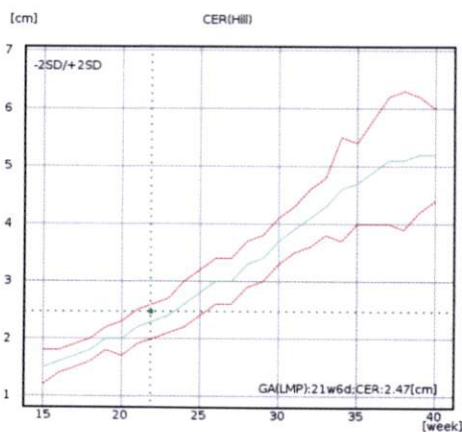
COURBES DE CROISSANCE



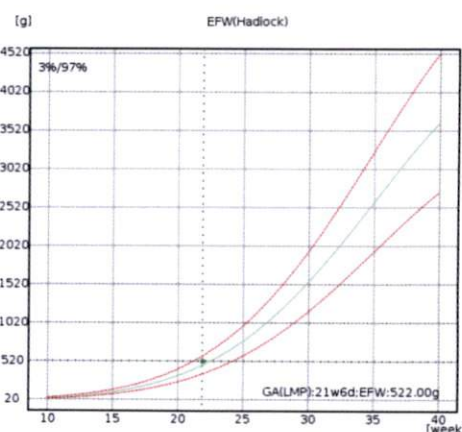
Fetus A AC(Hadlock)



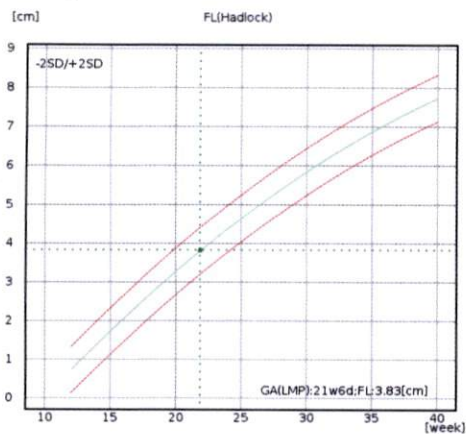
Fetus A BPD(Hadlock)



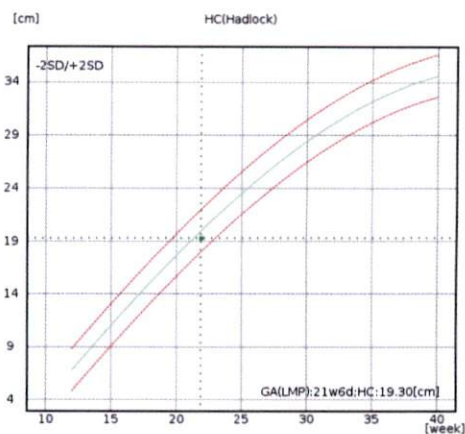
Fetus A CER(Hill)



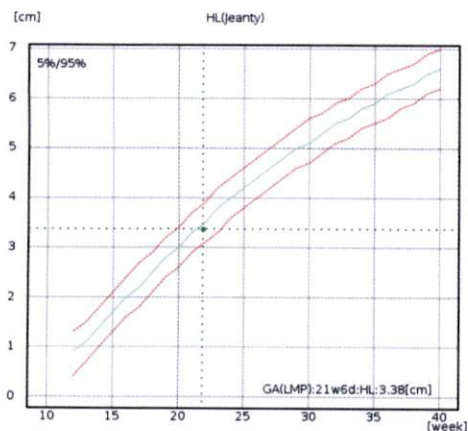
Fetus A EFW(Hadlock)



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: _____

DR. LAMBERT
 Gynéco-Obstétrique
 Rue Sebaste N°14
 95.37 Rabat
 06 77 12 71
 06 17 67
 06 10 00 00