

# 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

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

Le 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	12530	Société :	RAT
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		OUINNESS ILHAM	
Date de naissance :		01/12/1984	
Adresse :		Residence eden Tamaris Immeuble 3 appartement C3 Dan Bouazza	
Tél. :		06.79.43.25.34	Total des frais engagés : _____ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/02/2023		
Nom et prénom du malade :		OUINNESS ILHAM	Age :
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Suivi de 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 Casablanca** Le : 13/02/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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 Rattachement des Actes
13.02.2023	CS			
13.02.2023	echographie			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
					Coefficient DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX
		(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

Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Accouchement  
Echographie Gynéco et Obstétricale  
Chirurgie Gynéco  
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie  
Maladies et Cancer du sein  
Ménopause  
Infertilité du couple



رعاية و مراقبة الحمل  
التوليد  
الفحص بالصدى الصوتي  
جراحة أمراض النساء  
التشخيص والجراحة بالمنظار  
جراحة أمراض و سرطان الثدي  
سن اليأس  
القعم للزوجين

### Ordonnance

Casablanca le : **13.02.2023**  
Mme/Mlle : **OUINESS ILHAÏF**

الدار البيضاء في :

### NOTE D'HONORAIRE

NOM : **OUINESS**  
PRENOM : **ILHAÏF**  
EPOUSE : **BENKIRANE**  
DATE DE NAISSANCE : **01.12.1984**

CONSULTATION GYNECOLOGIQUE : **300Dhs**

ECHOGRAPHIE PELVIENNE / OBSTETRICALE : **300Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE ~~600Dhs~~ **600Dhs**

~~600Dhs~~ **600Dhs**  
~~600Dhs~~ **600Dhs** ~~600Dhs~~ **600Dhs**

60 نونة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء

60, Rue Nablusse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichauvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54

Suivi des grossesses normales et à haut risque

Accouchement

Echographie Gynécologique et Obstétricale

Chirurgie Gynécologique

Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie

Maladies et Cancer du sein

Ménopause

Infertilité du couple

Casablanca le 13/02/2023



رعاية و مراقبة الحمل

التوليد

الفحص بالصدى الصوتي

جراحة أمراض النساء

التشخيص والجراحة بالمنظار

جراحة أمراض و سرطان الثدي

سن اليأس

العمم للزوجين

**Patiante :** Mme OUINNESS ILHAM - née le 01/12/ 1984 .

**Anamnèse :**

Age maternel : 38 ans

Gestité : II Parité : I- 1 EV / VOIE BASSE 2018 - PN 4080 g / DG SOUS REGIME

A 39SA +3J

ATCD : APPENDICECTOMIE

Groupage B + - RAI - TA : 11 / 7

Date des dernières règles 16 / 11 / 2022 Terme théorique : 12 SA+ 5 j

**Motif de consultation :** Suivi de grossesse

**ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE par VOIE ENDOVAGINALE :**

Examen pratiqué sur un GENERAL ELECTRIQUE VOLUSON S8, équipé de sondes électroniques linéaire et convexe 3 D ET 4 D , de sonde endovaginale, et d'un doppler couleur mis en service en OCTOBRE 2020 .

Les conditions de l'examen étaient bonnes.

On objective un fœtus unique en position transverse .

**Vitalité :**

Activité cardiaque régulière à 158 bpm.

Mouvements actifs bien repérés, spontanés et normaux.

**Bilan Biométrique :** Correspondant au terme

LCC à 72.3 mm ( 13 SA+3J).

La clarté nucale est normale mesurée à 1.2 mm .

### Bilan Morphologique :

Crâne : La voute crânienne est vue, de forme et de contours normaux.

Cerveau : Structures médianes en place dont le septum lucidum et le corps calleux

Rachis : Suivi sur toute sa longueur, sans défaut de fermeture postérieure décelable..

Cœur : En position normale. Les 4 cavités cardiaques sont équilibrées

Abdomen : Paroi antérieure bien fermée.

Membres : Les 4 membres sont vus sur leurs différents segments avec une bonne mobilité des différents segments.

### Annexes fœtales :

Pas d'anomalie annexielle.

Liquide amniotique en quantité normale.

Le trophoblaste est homogène régulier non décollé .

### Conclusion

Grossesse mono-fœtale évolutive dont la biométrie est en rapport avec le terme théorique.

Croissance satisfaisante. Vitalité fœtale normale. Liquide amniotique en quantité normale. Placenta normoinséré.

Pas de signe d'appel en faveur d'une anomalie échographiquement dépistable à ce terme.

NB : Selon le CFEF, l'échographie de dépistage ne permet de détecter que 60% des pathologies fœtales connues à ce jour.





