

# 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.



150868

Déclaration de Maladie : N° S19-0003272

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13289 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MANSOURI Neryem Date de naissance : 18/11/1986  
Adresse : Avenue Sghendal 20886 MARIJA IM13 apt 162  
Tél : 0600799669 Total des frais engagés : 758,65 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 / 01 / 2023  
Nom et prénom du malade : MANSOURI Neryem Age : 36  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : chronique  
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 : 10 / 02 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

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 Règlement des Actes
07 JAN 2023	CUK			
07 JAN 2023	asphes			
	asphes			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ACHILLE  
Dr. Slimane Slimane  
Rue Annajd - Bd Annajd - Cité Plateau - CASA  
Tél: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

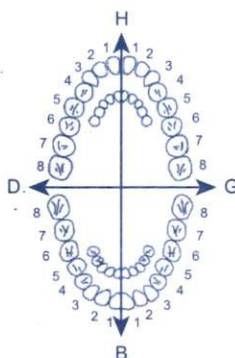
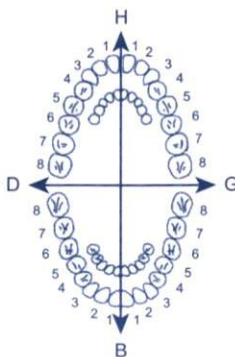
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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>D</td> <td>G</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> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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. Layachi - Tahiri Faouzia**

*Gynécologie - Obstétrique*

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 07/01/2023

Mme Mansouri Meryem

108.65  
PREGNACARE

1 comprimé le matin



PHARMACIE ACHRAF

*Dr. Slimane Slimane*

Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA

Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17





**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

*Gynécologie - Obstétrique*

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : .....

07 JAN 2023

## RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme  
de six cents cinquante (650dh) dirhams de

Mme MANSOURI MERYEM pour

Une consultation spécialisée (300 dh)

+ une échographie obstétrical (350 dh).





## Obstétrique Rapport

Page 1/3

DR LAYACHI FAOUZIA

Informations sur le patient / l'examen	Date d'examen: 07.01.2023
--	---------------------------

ID Patient VSX806459-22-12-03-4  
 Nom MANSOURI, MERYEM  
 DOB, Age 18.11.1986, 36  
 Sexe Féminin

Gestité  
 Parité  
 AB  
 Ectopique  
 Fœtus 1

DDR 14.10.2022 DDC DPA 21.07.2023 AG 12s1d  
 AG(MAE) 13s2d  
 DPA(MAE) 13.07.2023

Praticien  
 Commentaire

Méd. réf.  
 Indication

Échographiste

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
IT		1.40 mm	1.40			moy.		
BIP (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	2.24 cm	2.23	2.24		moy.		93.3% 13s5d
DFO (HC)		2.65 cm	2.57	2.72		moy.		
CT (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	7.62 cm	7.48	7.76		moy.		73.0% 13s1d
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	7.72 cm	7.55	7.81				76.2% 13s2d
LCC (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	6.69 cm	7.00	6.04	7.03	moy.		93.2% 13s0d
CN		1.30 mm	1.30 <sup>1</sup>			moy.		

Calculs 2D	Plage
IC (BIP/DOF)	85% (70 - 86%) *

## Anatomie fœtale

## Tête / Cou

Crâne normal  
 Faux de ligne médiane normal

## Visage

Profil normal

## Thorax

Thorax normal  
 Diaphragme normal

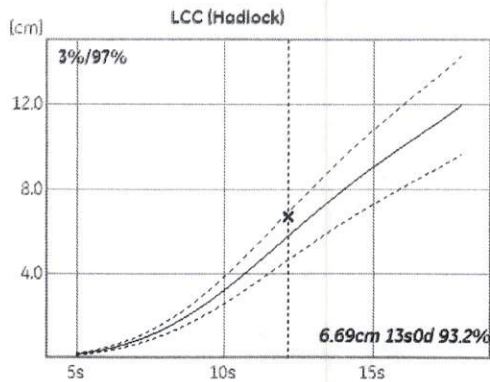
Nom : **MANSOURI, MERYEM**

ID patient :

**VSX806459-22-12-03-4**

Graph

Référence AG: GA(DDR)



Générique Doppler

Valeur

m1

m2

m3

m4

m5

m6

Méth.

Générique

FC

159 bpm

159

max

Commentaire

CONCLUSION : Conditions d'examen satisfaisantes, exploration effectuée par voie trans-abdominale et endovaginale.

Grossesse unique intra-utérine, évolutive dont les mensurations sont en accord avec le terme corrigé de 13 SA et 2 jours, soit une date présumée de grossesse au 28 octobre 2022

Clarté nucale d'épaisseur normale.

Date: **07.01.2023**

Praticien:

Echograph.:

