

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 Affection Longue Durée ALD et ALC :

- L'affection de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

: adhesion@mupras.com

la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie : N° S19- 0007404

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12976 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar Date de naissance : 13/10/1990
 Adresse : BP ABDELMAJEN ESCB Appart 18 Mohammedia
 Tél : 060628192 Total des frais engagés : 403 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2023
 Nom et prénom du malade : EL GSSIER HAJAR Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 09/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 09.11.2023 | CS | | 300 | |
| 09.11.2023 | Obstétricale | | 200 | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| LA PHARMACIE DE L'AVENUE Rue Rir - Mohammed Tel : 05 23 32 05 65 | 09.11.2023 | 103,00 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

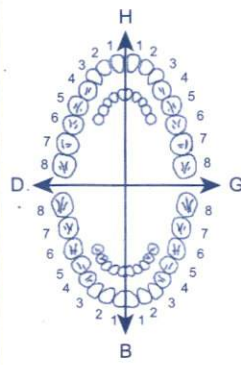
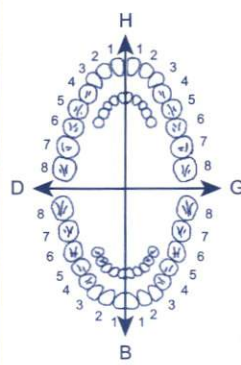
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | 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>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> | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | 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

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeli chirurgie - Hystérocopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



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

Ordonnance

Casablanca le :

09. 11. 2023

الدار البيضاء في :

Mme/Mlle :

EL GSSIER HASSEN.

1- Paracetamol

2g 4x + 2g 3x

2- Paracetamol

1g 4x

3- Aspirine

1g 3x

4. relax & 3

1 gelb 6 x -

5- 949

19 x 21

PPV : 51,50 Dhs

PPV : 51,50 Dhs

ALTHÉA

ALTHEA

51.80%
x2

17) hope

Paul y a dit nouvelle

des les 72h

J/V vs f/D

1. 1.1

1st

LA PHARMACIE DE L'AVENUE
SARL
et Rue Rif - Mohammed V
Tél : 05 23 32 05 02

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVET

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement

Echographie Gynécologique et Obstétricale

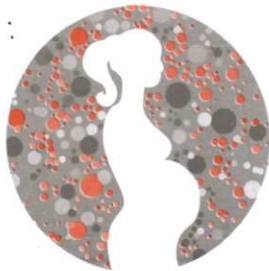
Chirurgie Gynécologique

Coeliochirurgie - Hystérocopie - Colposcopie

Maladies et Cancer du sein

Ménopause

Infertilité du couple



الدكتورة ليلية حمومي شوقي

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

رعاية و مراقبة الحمل

التوليد

الفحص بالصدى الصوتي

جراحة أمراض النساء

التشخيص و الجراحة بالمنظار

جراحة أمراض و سرطان الثدي

سن اليأس

العقم للزوجين

Ordonnance

Casablanca le :

09. 11. 2023

الدار البيضاء في :

Mme/Mlle :

ELGSSIER HAJAR

NOTE D'HONORAIRE

NOM : ELGSSIER

PRENOM : HAJAR

EPOUSE : BETTACH

DATE DE NAISSANCE :

13. 10. 1990

CONSULTATION GYNECOLOGIQUE

3000hts

ECHOGRAPHIE PELVIENNE / OBSTÉTRICALE

3000hts

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

6000hts

Six Cent de

60 : نفقة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء

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

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



Obstétrique Rapport

Page 1/3

DR HAMOUMI CHAUVET LILIA

Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 09.11.2023

ID Patient VS8804379-23-11-09-5
Nom ELGSSIER, HAJAR
DOB, Age
Sexe Féminin

Gestité
Parité
AB
Ectopique
Fœtus 1

DDR 21.02.2023 DDC DPA 28.11.2023 AG 37s2d

AG(MAE) 37s4d
DPA(MAE) 26.11.2023

Praticien
Commentaire

Méd. réf.
Indication

Échographiste

| PFE (Hadlock) | Valeur | Plage | Âge | Plage | GP (Hadlock) |
|---------------|--------|--------|-------|-------|--------------|
| CA/BIP/LF | 3229g | ± 471g | 38s0d | | 63.5% |

| Mesures 2D | MAE | Valeur | m1 | m2 | m3 | Méth. | GP | AG |
|---------------|-----|----------|-------|------|----|-------|-------|-------|
| BIP (Hadlock) | ✓ | 9.31 cm | 9.32 | 9.29 | | moy. | 81.1% | 37s6d |
| CA (Hadlock) | ✓ | 33.12 cm | 33.12 | | | moy. | 57.8% | 37s0d |
| LF (Hadlock) | ✓ | 7.37 cm | 7.37 | | | moy. | 61.3% | 37s5d |

| Calculs 2D | Plage |
|------------|----------------|
| LF/BIP | 79% (71 - 87%) |
| LF/CA | 22% (20 - 24%) |

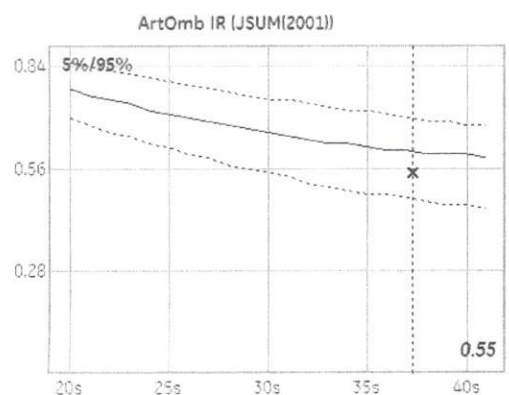
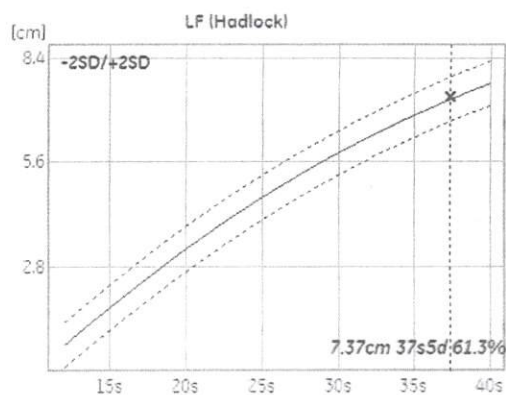
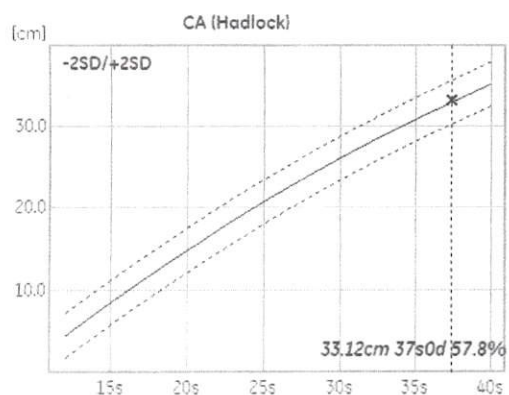
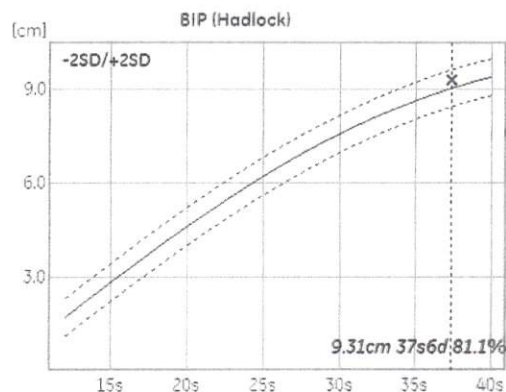
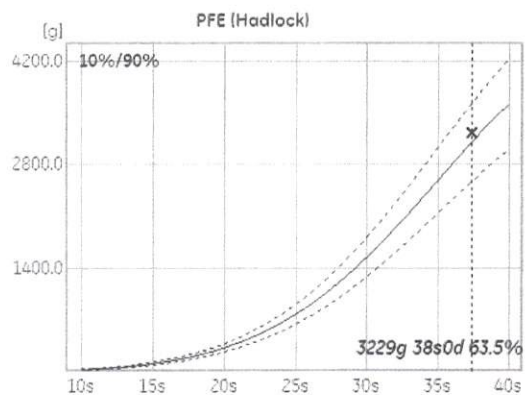
| Mesures Doppler | Valeur | m1 | m2 | m3 | m4 | m5 | m6 | Méth. |
|------------------------|------------|-----|-------|----|----|----|----|-------|
| Art. ombilicale | | | | | | | | |
| Syst. | 45.21 cm/s | | 45.21 | | | | | max |
| Diasto. | 20.36 cm/s | | 20.36 | | | | | max |
| TMmax | 30.93 cm/s | | 30.93 | | | | | max |
| MD | 19.50 cm/s | | 19.50 | | | | | max |
| IR | 0.55 | | 0.55 | | | | | moy. |
| IP | 0.80 | | 0.80 | | | | | moy. |
| S/D | 2.22 | | 2.22 | | | | | moy. |
| FC | 161 bpm | 157 | 161 | | | | | max |

Nom : ELGSSIER, HAJAR

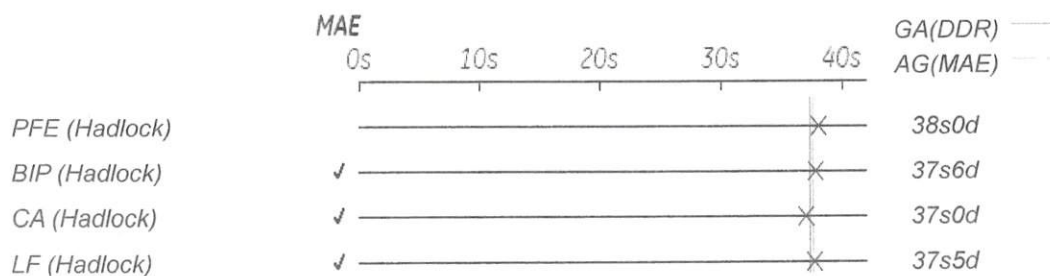
ID patient : VS8804379-23-11-09-5

Graph

Référence AG: GA(DDR)



Graphique à barres



Nom : **ELGSSIER, HAJAR**

ID patient :

VS8804379-23-11-09-5

Date: **09.11.2023**

Praticien:

Échograph.: