

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

- Reclamation : 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 Angie 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-431746

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZERHOUNI SOUFIANE
 Date de naissance : 01/12/1987
 Adresse : RES LECHAMPS 3 G18 NASSIM CASABLANCA
 Tél. : 0662129142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KARAOUI BOUCHRA
Gynécologue Obstétricienne
22, Bd. Omar El Khayam
Tél: 05 22 26 69 00 Fax: 05 22 26 69 00

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : LARAGI HONDA Age : 23 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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										
7 AOÛT 2019	CS		2010	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	cho pil		2010											

[illegible]

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

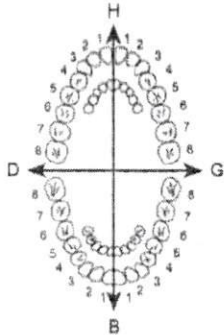
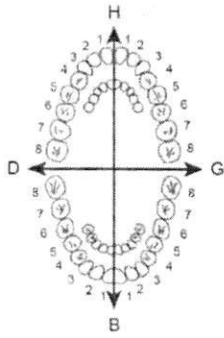
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <input type="text"/>														
				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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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 PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Stérilité du couple - accouchement

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

RA

PPV : 40.50 DH

enr

de Paris

Boîte de 30 comprimés enrobés
AMM N° 555/15 DMP/21/NRQ
PPV : 56,20 DH
Distribué par SOFEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 071333

الدكتورة بشرى قراوي

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

خريجة كلية الطب بهارس

طبيبة ملحقه وطبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

عقم الزوجين - الولادة

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

27 AGU 2019

Casablanca, Le الدار البيضاء في

7. Winger. Hudson

56.20

① Abstract

S.V.

21.80

④ Aggr. 100

S.V.

40.56.

③ Tag 20

118.50

④ Refine it

an

Dr. KARAOUI Bouchra
Gynécologue Obstétricienne
22, Bd Omar El Khayam
27366941E-mail: 0522

Docteur Bouchra KARAOUI

Gynécologue - Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris

Stérilité du couple - accouchement
chirurgie gynécologique - Coelochirurgie
maladie du sein - Echographie



الدكتورة بشرى قراوي

إختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ملحقة وطببية داخلية سابقا بمستشفيات باريس

عقم الزوجين - الولادة
الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار
أمراض الثدي - الفحص بالصدى

Casablanca, Le 27/04/2018 الدار البيضاء في

M LARA ET. Huda

Echographie pelvienne Juste

trois set d'images (300 images)

Dr. KARAOUI Bouchra
Gynécologue Obstétricienne
22, Bd. Omar El Khayam
Tél: 05 22 36 69 00 / 06 66 19 12 30 - Fax: 05 22 36 68 99 - En Cas d'Urgences Contacter Clinique Ghadi au : 05 22 94 07 70/05 22 36 74 05

Docteur Bouchra KARAOUI
Gynécologue – Obstétricienne
Lauréat de la faculté de médecine de PARIS V
22 Bd, Omar Al khayam, 2^{ème} Etage
Résidence Fatim Zahra - Beauséjour
Ex attachée et interne des hôpitaux de PARIS
Tél. : 05 22 36. 69. 00 – Fax : 05 22 36. 68. 99

Le: 27/08/19

- Madame: LARAQI HOUDA

- Age gestationnel théorique : 33.5 semaines d'aménorrhée.

PRESENTATION ET VITALITE:

Fœtus en présentation céphalique, dos à gauche, normalement actif

BIOMETRIE:

- Bipariétal : 85mm
- Circonférence crânienne : 288 mm
- Diamètre abdominal transverse : 87mm
- Circonférence abdominale : 280 mm
- Longueur du fémur : 61 mm

MORPHOLOGIE FŒTALE:

- Encéphale normal
- Face explorée avec, profil harmonieux
- Cœur régulier :- 4 cavités équilibrées
 - Artère pulmonaire en place
 - Continuité septo- aortique
 - Croisement des gros vaisseaux qui sont de calibre équivalent
- Deux reins en place, d'échostructure normale
- Structures digestives normalement développées
- Placenta antérieur
 - Grade: 0
 - Epaisseur: 31 mm
 - Cordon : 3 vaisseaux
 - Liquide amniotique: en quantité normale

CONCLUSION: Croissance fœtale harmonieuse

Dr. KARAOUI Bouchra
Gynécologue - Obstétricienne
22, Bd. Omar Al Khayam
Tél: 0522 36 69 00 - Fax: 0522 36 68 99

