

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.

Radioologie 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

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° W19-496134

CA

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) 22810 | | | |
| Matricule : 13085 | | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : FARHATI Aaf. | | | |
| Date de naissance : 15/04/1994 | | | |
| Adresse : Redewane Oum Rabie Rés. Zohar Fabre | | | |
| Tél. : 0644703548 | | Total des frais engagés : 600 DHS | |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
|  | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Affection gynécologique | |
| 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) :



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

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 : 17/10/2020

NOTE D'HONORAIRE

JE SOUSSIGNEE , CERTIFIE AVOIR RECU LA SOMME DE :
600,00 dirhams (SIX CENT DH).

DE Mme FARHATI AAFAF POUR UNE CONSULTATION
SPECIALISEE + UNE ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE.



DR. LAYACHI TAHIRI FAOUZIA
Gynécologie – Obstétrique
73, Abdellah Ibnou Nafii Maarif

Nom : FARHAT AFAF

Date : 18/01/2020

Née le : 15/04/94

DR : 16/10/2019

DG : 01/11/2019

Indication : Bilan morphologique du 1^o trimestre

Appareil : ALOKA ALPHA6

Mise en circulation le 15/05/2012

EMBRYON ET ANNEXES

| | | |
|--------------------|--|---|
| Nombre de fœtus | : un | Rythme cardiaque : 154 battements par minute. |
| Mouvement actifs | : présents | |
| Trophoblaste | : placentation postérieur, sans décollement visible. | |
| Vésicule vitelline | : présente | |

BIOMETRIE

| | | |
|------------------------|----------|--------------------------------|
| Longueur crano-caudale | : 70 mm | Diamètre bipariétal : 24 mm |
| Périmètre céphalique | : 59 mm | Périmètre abdominal : mm |
| Diamètre abdominal | : mm | Epaisseur de la nuque : 1,1 mm |
| Longueur fémorale | : 7,9 mm | |

Les données biométriques correspondent à un âge échographique **de 13SA + 2 j**, ce qui est en accord avec un début de grossesse estimé au 01/11/2019.

MORPHOLOGIE

| | |
|------------------|--|
| Pôle céphalique | : Bien limité, axe médian individualisé. |
| Canal médullaire | : Suivi. |
| Paroi abdominale | : Fermée, régulière. |
| Estomac | : Situation sous cardiaque. |
| Vessie | : Intra-pelvienne. |
| Membres | : Présence de 4 membres comportant 3 segments. |

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 + 2 j, soit une date présumée de grossesse au 01/11/2019.

Clarté nucale d'épaisseur normale.

