

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

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

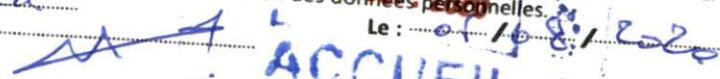
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-536691
4031

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : | |
| Matricule : 18263 | | | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Mod.Nim |
| Nom & Prénom : EL KABABI | | Date de naissance : 28/04/1984 | |
| Adresse : | | Tél. : 22794999696 | |
| Total des frais engagés : Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin Dr: Mohamed ZARGAOUI Gynécologue Obstétricien 31, Rue Jalaldine Sayouri Casablanca Tel: 02 22 20 45 45 - Fax: 02 22 22 78 18 | | | |
| Date de consultation : 10/08/2020 Nom et prénom du malade : EL JIHAD ASMA 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 Signature de l'adhérent(e) :  Le : 01/08/2020 | | | |

| |
|------------------------------------------------------------------------------|
| VOLET ADHÉRENT |
| Déclaration de maladie |
| Remplissez ce formulaire. Il sera nécessaire de le déposer à la réclamation. |
| Coupon à couper |

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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10/06/20 | C2 | | 300 D.H.D | MD 091140889 Mouhamed ZARGAHI Gynécologue Obstétricien Rue Jalalidine Sayouri BP 1111045-20100 CASABLANCA T. 0524.66.76 - FAX 0524.66.76 |
| 10/06/20 | K36 | | 400 D.H.D | |
| | Echag | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

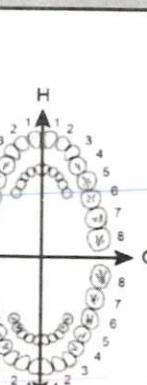
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANT DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Docteur Mohamed ZARQAOUI
Gynécologue Obstétricien
Diplômé de l'Université de LILLE

- Stérilité du couple : FIV - ICSI
- Chirurgie endoscopique
- Echographie spécialisée
- Maladies du sein
- Chirurgie de l'incontinence urinaire



الدكتور محمد زرفاري

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد
خريج كلية الطب بليل

- عقم الزوجين
- جراحة بالمنظار الداخلي
- الشخص بالصدى
- أمراض الثدي
- جراحة أمراض النساء و سلس البول

Casablanca, le10/06/2020.....

Note d'Honoraires

Je soussigné certifie que **Mme EL JIHAD Asmaa** a réglé la somme de 700 (sept cent) Dirhams pour une consultation et une échographie réalisées ce jour au cabinet.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit.

Dr Mohamed ZARQAOUI
Gynécologue Obstétricien
31, rue Jalaldine Sayouti
Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA
Tél. 0522.36.36.06 - Fax 0522.36.04.44

Docteur Mohamed ZARQAOUI

Cabinet de GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

31, rue Jalaldine Sayouti 20100 Casablanca Tel: + (212) 522363606 Fax: + (212) 522360404

Praticien : docteur **Mohammed ZARQAOUI**

Echographe : G.E. Voluson 730 Expert BT08

Casablanca, le 10/06/2020

ECHO 3ème Trimestre

Mme EL JIHAD Asmaa

DATE DES DR : **13/10/19**

TERME THEORIQUE : **34 SA 3 J**

TERME ECHOGRAPHIQUE : **34 SA 3 J**

| BIOMETRIE | MESURES | BIOMETRIE | MESURES |
|----------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| • DIAMETRE BIPARIETAL (BIP) | 83 mm | • LONGUEUR FEMUR (LF) | 66 mm |
| • PERIMETRE CEPHALIQUE (PC) | 301 mm | • PERIMETRE ABDO (PA) | 272 mm |
| • DIAMETRE ABDOMINAL MOYEN (DAM) | 85 mm | • POIDS FOETAL ESTIME (PFE) | 1990 g |
| • INDICE LA (FAI) | 220 | • INDEX DE POURCELOT | 0.61 |

• **MORPHOLOGIE :**

- Les échostructures normalement accessibles à cet âge (structures cérébrales, contour de la face, cœur = 4 cavités et gros vaisseaux, fréquence cardiaque : 148 batts/mn, foie, vésicule biliaire, estomac sous diaphragmatique gauche, intestin grêle, les reins, la vessie, les 4 membres avec leurs extrémités, le rachis) **apparaissent ce jour sans dysmorphie.**

ANNEXES :

- Placenta post , d'échostructure bien homogène et d'épaisseur normale.
- Quantité de liquide amniotique normale.
- Index de Pourcelot : artère ombilicale = **0,61**

CONCLUSION :

- Mensurations fœtales conformes au terme échographique.**
- PAS d'anomalie morphologique décelable ce jour, dans les limites actuelles de la technique utilisée.**
- PAS d'anomalie de l'insertion placentaire ni de sa structure.**

EXAMEN SATISFAISANT.

• **DIFFICULTEES RENCONTREES : RAS**

• **PROPOSITION DE CONDUITE A TENIR : RAS**


Dr Mohamed ZARQAOUI
Gynécologue Obstétricien
31, Rue Jalaldine Sayouti
Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA
Tél. 0522.36.36.06 - Fax 0522.36.04.44

Docteur M. ZARQAOUI