

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-535121

ND: 52298

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12300

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

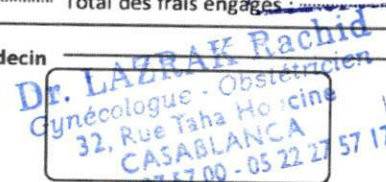
Total des frais engagés :

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/05/2020

Nom et prénom du malade : M. MADIFE LAZRAK

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Gynécologie

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) :

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 Paiement des Actes
07/10/10	Ectopie		400,00	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 09 11 92 419 Dr. LAZRAK Rachid Gynécologue - Obstétricien 35, Rue Tahar el Khoukri CASABLANCA 12 85 27 27 57 00 - 05 22 27 57 17

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Il est important de rappeler que l'échographie ne permet pas de dépister toutes les malformations, et que certaines malformations sont évolutives. Cela veut dire qu'elles ne peuvent être détectées le jour de l'échographie, ou même avant la naissance.

Malgré les progrès techniques, cet examen, comme toute exploration d'imagerie, n'est pas sûr à 100%. Il peut se produire qu'une anomalie, cependant bien présente au moment de l'examen, ne soit pas détectée (malformation non ou difficilement accessible, mauvaises conditions d'examen liées à la position fœtale, à la quantité de liquide amniotique ou au poids maternel).

Au contraire, il est possible qu'une image paraisse faussement anormale ou qu'une anomalie – absente au 2^{ème} trimestre – apparaisse au 3^{ème} trimestre. Enfin, la nature et l'origine exacte d'une anomalie ne peuvent pas toujours être précisées par l'échographie et le pronostic ne peut pas toujours être porté avec exactitude.

ECHOTOMOGRAPHIE

5 à 14 semaines d'aménorrhée

Date : **07/05/2020**

Nom: **NADIFI LAMIAA**

DR :

DG : **09/03/2020**

Indication : **EVOLUTIVITE**

Terme théorique : **10SA4J**

Terme corrigé : **10SA3J**

Modalités de l'examen : **voie vaginale**

Conditions de l'examen : **satisfaisantes**

SAC OVULAIRE :

- Nombre : **1**
- Situation : **intra utérin**
- Aspect : **normal**

EMBRYON-FOETUS :

- Nombre : **1**
- Activité cardiaque : **oui**
- Mouvements actifs : **oui**
- LCC (mm) : **36** mm soit : **10SA4J**

ANNEXES FOETALES

LIQUIDE AMNIOTIQUE : quantité normale

TROPHOBASTE – PLACENTA : Décollement trophoblastique de 43

PELVIS MATERNEL :

UTERUS : normal

ANNEXES : normales

DOUGLAS : Libre

CONCLUSION

Grossesse mono embryonnaire intra utérine normalement évolutive de dix semaines quatre jours

Décollement trophoblastique mesurant 43 mm

DEBUT DE GROSSESSE LE 09/03/2020

Vidéo : non

Dr. LAZRAK Rachid
Gynécologue - Obstétricien
32, Rue Taha Houcine
CASABLANCA
☎ 05 22 27 57 00 - 05 22 27 57 17



Cabinet Dr Rachid LAZRAK Date d'examen: 07.05.2020 Page 1 / 7

Nom: NADIFI LAMIAA DDN: 16.11.1988 Sexe: Féminin
ID patient: D22584-20-03-03-1 Praticien: Dr Rachid LAZRAK
Méd. ref.: Dr Rachid LAZRAK
Indication: EVOLUTIVE Echog: Dr Rachid LAZRAK

DDR:	AG(DDC)	10w3d	DPA(DDC)	07.12.2020	G	1	Ab	1
DDC: 09.03.2020	AG(MAE)	10w4d	DPA(MAE)	06.12.2020	P	0	Ec	

PFE (Hadlock)	Valeur	Plage	Âge	Plage	GP	Hadlock
CA/BIP/LF/CT						N/D

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	Âge
LCC (Hadlock)	✓	3.63 cm	3.63			moy.	39.1%	10w4d