

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-535121

ND: 52298

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 123.00 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02/05/2020

Norm et prénom du malade : M. ABDIPE LADJA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## 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                                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/07/2016      | Actes             |                       | 4000,-                          | INP : 09 11 92 419<br>Dr. LAZRAK Rachid<br>Gynéco-Obstétricien<br>Spécialiste en Médecine Générale |

## **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<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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.

## RELEVE 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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| <b>D</b> | <b>G</b> |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

### [Création, remont, adjonction]

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

T   
AUX  
S   
ON   
ON

### COEFFICIENT DES TRAVAIL

6

## MONTANTS DES SOINS

1

DATE DU  
09/16

N

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 paraîsse faussement anormale ou qu'une anomalie – absente au 2<sup>ème</sup> trimestre – apparaisse au 3<sup>ème</sup> 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

#### ANNEXES FOETALES

LIQUIDE AMNIOTIQUE : quantité normale

TROPHOBASTE – PLACENTA : Décollement trophoblastique de 43

#### EMBRYON-FOETUS :

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

#### 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 Hocine

CASABLANCA

05 22 27 57 00 - 05 22 27 57 17



| Cabinet Dr Rachid LAZRAK |                   | Date d'examen: 07.05.2020 | Page 1/1                       |
|--------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Nom                      | NADIFI LAMIAA     | DDN                       | 16.11.1988                     |
| ID patient               | D22584-20-03-03-1 | Praticien                 | Dr Rachid LAZRAK               |
| Méd. réf.                |                   | Méd. réf.                 | Dr Rachid LAZRAK               |
| Indication               | EVOLUTIVITE       | Echog.                    | Dr Rachid LAZRAK               |
| DDR                      | AG(DDC)           | 10w3d                     | DPA(DDC) 07.12.2020 G 1 Ab 1   |
| DDC                      | 09.03.2020        | AG(MAE)                   | DPA(MAE) 06.12.2020 P 0 Ec N/D |
| PFE (Hadlock)            | Valeur            | 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               |