

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 13468

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUERRIT SARA

Date de naissance : 08-01-1995

Adresse : lot 4 Res clea app 15 2^e étage Laayoun
Casablanca

Tél. : 06 398 69134 Total des frais engagés : 10.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : /

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 Le : 16 FEV. 2024

Signature de l'adhérent : SARA EL OUERRIT



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>Montant de la Facture</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service de Radiologie Séville 90061862	08/10/21/26	TDM thoracique	1000,00 DH
Tél : (+212) 0525 3333 3333			
mail : info@radioserviseille.com			

AUXILIAIRES MEDICAUX

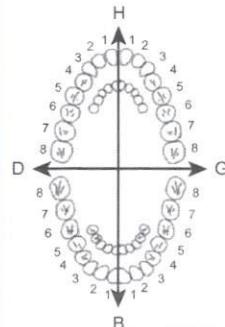
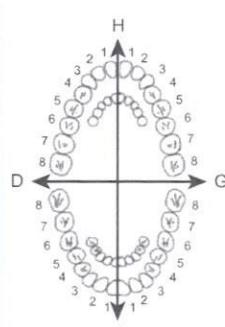
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000			MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 16/01/2014 .

EL OUERBI Sara

- Patientre âgée de 29 ans .
- accès à répétition à Myelite .

Faire FNP

TPN Thoracique

- ⇒ PID ?
- ⇒ ADP prédictive ?
- ⇒ Sarcoïdose ?

Hôpital Universitaire International Monnac
Pr Assistant ALLAOUI ABIRE
Médecine interne

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240208174847SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400827525	EL OUERBI SARA	08/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	010624	1 000,00
	Total payé	1 000,00

Reçu établi par : SOUKHA

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 22 302 / 2024 du 08/02/2024

Nom patient : EL OUERBI SARA

Entrée 08/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCANNER THORACIQUE	1,00		1 000,00 Sous-Total	1 000,00 1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total 1 000,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 000,00	1 000,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 67
E-mail : radiologie@hckz.tn



CASABLANCA, le 08/02/2024

PATIENT : **EL OUERBI SARA**

IPP : **H0124003268**
DATE NAISSANCE : **08/01/1995**
NUMERO DOSSIER : **2400827525**

TDM THORACIQUE

INDICATION : 29 ans, uvéite à répétition + myélite. Recherche de PID, sarcoïdose ?

TECHNIQUE : Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spiralé, sans injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

RESULTATS :

→ L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :

- Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutif.
- Nodule non spécifique du segment postéro basal gauche
- Absence d'épaississement ou de dilatation des bronches.

→ L'analyse en fenêtres médiastinales :

- Absence d'épanchement pleural liquide.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

En fenêtre osseuse : Absence de lésion osseuse suspecte.

CONCLUSION :

Aspect TDM thoracique sans anomalie évolutive.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr HABI J. - Dr DAHER - Dr Morsad.**



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
ROYAUME DU MAROC



مصرف الائمة درايس

08/02/24 17:47:36
9900398067
93980601
HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000041010
APP : DEBIT MASTERCARD
EL OUERBI /SARA.M
xxxxxxxxxxxxxx1032
05/31 CARTE NATIONALE
2F37966A5AF22A25
220-0-9999-1-55

MONTANT : 1000,00 MAD
NUM TRANSACTION : 022
NUM AUTORISATION : 159340
STAN : 010624

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT