

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

41605

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03610		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASSAM MOHAMED			
Date de naissance : 30/05/60			
Adresse : Lot SKILIA 1 RUE 17 N°25 H-H CASA			
Tél. : 064 144 8428	Total des frais engagés : 3700,00 DH Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. ABOUTIGI M'hamed Gynécologue et Obstétricien			
Date de consultation : 17 Sept 2020			
Nom et prénom du malade : HAKKI Khadija Age :			
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 : 25 SEP. 2020			
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.			
ACCUEIL			

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 : 11/09/2020  
Signature de l'adhérent(e) : 

## **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
1 7 Sept 2020	<i>Examen</i>	<i>1</i>	<i>4000DH</i>	<i>INP : 0910031685</i>
21.09.20	K3	<i>1</i>	<i>1860.00DH</i>	<i>ABOUTIKA Mohamed</i>
19.09.20	<i>Vag Fishe</i>	<i>1</i>	<i>2340.56</i>	<i>Gynécologue - Obstétricien</i> <i>Secteur Des. Sakha</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

## **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.

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'EXÉCUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		D	25533412   21433552	00000000   00000000		B	35533411   11433553	00000000   00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H													
	D	25533412   21433552												
	00000000   00000000													
	B	35533411   11433553												
	00000000   00000000													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>										

**Docteur Mohamed ABOUTIKA**  
**Gynécologue obstétricien**



091001685

Casablanca, le 17/09/20

**PLI CONFIDENTIEL**

Identité de la patiente :

M HAKKI Khadja

Date de la constatation de l'état de malade :

Renseignements cliniques sommaires :

Edo Néphroses -  
Edu Formation Hypothèse  
utérinaire

Traitements envisagés :

Cotation de l'acte :

Hysteroscopie

Durée prévisible de traitement :

K30

Signature :

Dr. ABOUTIKA Mohamed  
Gynécologue - Obstétricien  
54 Rue Socrate, Casablanca  
Télé : 022 98 04 55 - Fax : 022 98 04 77 - Urgences : 061 19 54 24  
Courrièl : dr.aboutika@gmail.com

Résidence Sabah, 54 rue Socrate, Maârif, Casablanca 20100.

Patente n° 35804972. IF n° 40901202. ICE 001714094000005

Tél : 022 98 04 55- Fax : 022 98 04 77- Urgences : 061 19 54 24

Courrièl : dr.aboutika@gmail.com

**Dr. Mohamed ABOUTIKA.**  
Gynécologue obstétricien.  
54, rue Socrate. Maarif.  
20100. Casablanca.  
Patente n° 35804972.  
Identifiant fiscal 40901202.

**Fait à Casablanca, le 21/09/2020.**

**NOTE D'HONNORAIRES.**

**Madame. HAKKI Khadija.**

Complément d'honoraires K30 : **960,00 Dhs.**

Arrêté la présente note a **neuf cent soixante dirhams.**

Signature

Dr. MOHAMED  
ABOUTIKA  
Gynécologue - Obstétricien  
54, Rue Socrate - Casablanca  
Tél: 0522 95 04 55 - Fax: 0522 95 04 72

**Docteur Mohamed ABOUTIKA**  
**Gynécologue obstétricien.**



091001685

Casablanca, le 17/09/20.

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

**IDENTITE PATIENTE** : Mme HAKKI Khadija. Ep BASSAM.  
Née le 23/02/1971.

**Indications** : - trouble de cycle.

**Période d'examen** : - Phase folliculaire.

**Résultat de l'examen :**

❖ **Utérus** :

- Situation : Antéversé antéfléchie.
- Dimensions : Normales.
- Contours : Réguliers.
- Cavité utérine : Formation linéaire hyper échogène intra cavitaire.
- Endomètre : Fin.
- Echostructure : Homogène.

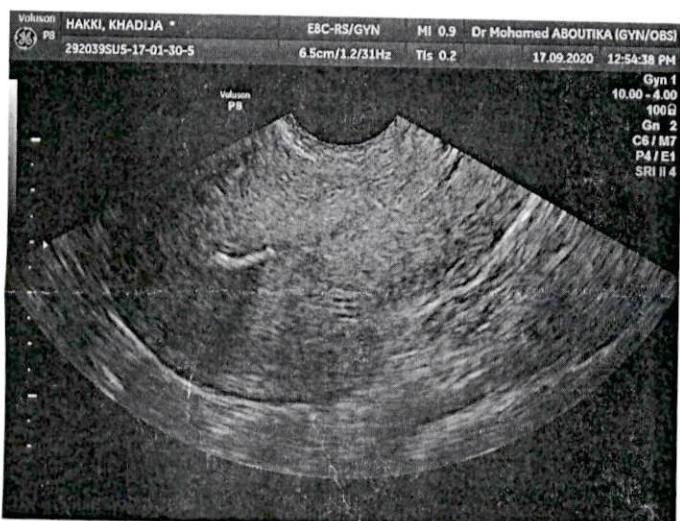
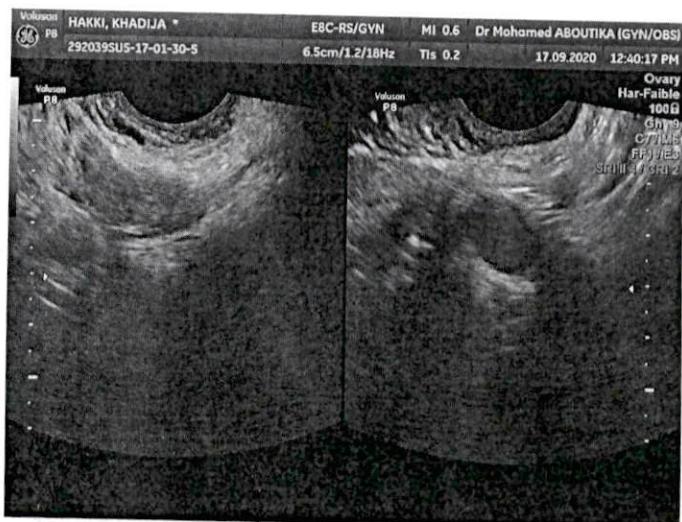
❖ **Ovaires** :

- Droit : Taille normale, homogène et régulier.
- Gauche : Taille normale, homogène et régulier.

❖ **Douglas et gouttières pariéto – coliques** : sont libre.

**Conclusion** : Formation linéaire hyper échogène intra cavitaire à explorer par hystéroskopie sous AG.

Dr. ABOUTIKA Mohamed  
Gynécologue - Obstétricien  
54, Rue Socrate - Casablanca  
0522 98 04 55 - Urgences: 06 61 19 54 24  
Courrièl : dr.aboutika@hotmail.com



# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° : 4088 / 2020 du 19/09/2020

Nom patient HAKKI KHADIJA Entrée 19/09/2020  
PAYANTS Sortie 19/09/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT K30	1,00		2 200,00 <i>Sous-Total</i>	2 200,00 2 200,00
PHARMACIE	1,00	EXTRA	140,56 <i>Sous-Total</i>	140,56 140,56
Total Clinique				2 340,56

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE TROIS CENT QUARANTE DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES

Total 2 340,56

