

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 059333

ND: 41638

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7019 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ELMEKKI NAÏMA
Date de naissance : 19 01 62
Adresse : Rue Cridi HRAZED N° 69
HAY HANA CIL
Tél. 0661161899 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un caractère 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) :



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.

Biologie 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.

Prothésaire :
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

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

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
24/09/20	CS		3000h	

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
	21/09/20	- échographie - échographie - échographie des reins des membres	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

17/09/20

Je soussigné, Dr El Hekim
Certifie avoir examiné

N^{me} EL NETTI NAIMA :

Pour crises douloureuses ABD
radiantes avec vomissements,
Cephalalgie, asthme, amaigrissement

et diarrhées nécessitant un
IPRAS

25 SEP. 2020

Signature
avec exploration

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. EL HAKIM ABDELRAHMAN
101 00020



Casablanca , le 21/09/2020

PATIENT : EL MEKKI Naima

MEDECIN TRAITANT : Pr ELIDRISSI LMGHARI

ECHODOPPLER DES TSA

TECHNIQUE :

- o Examen réalisé en doppler couleur couplé au doppler pulsé à l'aide d'une sonde de 8 Mhz.

RESULTATS :

Carotides droites :

Artère carotide commune :

- o Morphologie : absence de plaque ou de sténose. Epaisseur intima-media (EIM) : 0.8 mm
- o Doppler : vitesses systoliques normales

Artère carotide externe :

- o Morphologie : absence de plaque ou de sténose
- o Doppler : vitesses systoliques normales

Artère carotide interne :

- o Morphologie : absence de plaque ou de sténose.
- o Doppler : vitesses systoliques normales

Vertébrale droite :

- Visualisée en V1-V2, perméable et présente une courbe vélocimétrique et un sens circulatoire physiologique.

Carotides gauches :

Artère carotide commune :

- o Morphologie : petite plaque calcifiée au niveau du bulbe mesurée à 3 x 1.5 mm, sans valeur pathologique. Epaisseur intima-media (EIM): 0.5 mm
- o Doppler : vitesses systoliques normales

Artère carotide externe :

- o Morphologie : absence de plaque ou de sténose
- o Doppler : vitesses systoliques normales

Artère carotide interne :

- o Morphologie : absence de plaque ou de sténose
- o Doppler : vitesses systoliques normales

Vertébrale gauche :

- Visualisée en V1-V2, perméable et présente une courbe vélocimétrique normale et un sens circulatoire physiologique.

Artères ophtalmiques: Perméable et présente une courbe vélocimétrique normale et un sens circulatoire physiologique..

CONCLUSION :

Absence d'anomalie morphologique ou hémodynamique des troncs supra aortiques, en dehors d'une petite plaque calcifiée du bulbe carotidien gauche sans valeur pathologique

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BENSLIMA - Dr HABI


FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
25 SEP. 2020
ACCUEILLI

Casablanca, le 21/09/2020

PATIENT : EL MEKKI Naima

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

TECHNIQUE :

- Examen réalisé au niveau de l'abdomen et du pelvis à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine et de contenu trans sonique pur.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ni endoluminale.
- Utérus de taille normale, d'échostructure homogène avec une ligne de vacuité fine et médiane.
- Ovaire gauche non vue.
- ovaire droit eutrophique sans anomalies
- Absence d'épanchement ou d'adénomégalie profonde

CONCLUSION :

- **Echographie abdomino-pelvienne normale.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BENSILIMA - Dr HABI

ACCUEILLI
15 SEP. 2020
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Casablanca, le jeudi 17 septembre 2020

PATIENT : EL MEKKI Naima

Fibro-coloscopie

- Crises douloureuses épigastrique avec vomissements, et migraine déclenchées par le jeun+++
- Àsthénie croissante, anorexie avec amaigrissement non chiffré
- Ballonnement abdominale avec tendance diarrhéique

Cachet et signature :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. EL MARISSI MCHARR ABENHACHEUR
Gastroentérologue endoscopiste
10/09/20

75 SEP. 2020

ACCUEIL

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 88946 / 2020 du 14/09/2020

Nom patient	EL MEKKI NAIMA	Entrée	14/09/2020
	PAYANTS	Sortie	14/09/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'hépatogastro-entérolog	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
TROIS CENTS DIRHAMS		Total	300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 22 89 28 54
 Fax: 05 22 89 28 54
 N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 91 398 / 2020 du 21/09/2020

Nom patient : **EL MEKKI NAIMA**

Entrée 21/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Echographie abdomino-pelvienne	1,00		600,00	600,00
- Echographie-doppler des veines des mem	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total 1 500,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		1 500,00			1 500,00	0,00

Ref Chq : ATWB/955883/

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tel : (+212) 0529 00 44 69
 E-mail : www.hek-tek.mr

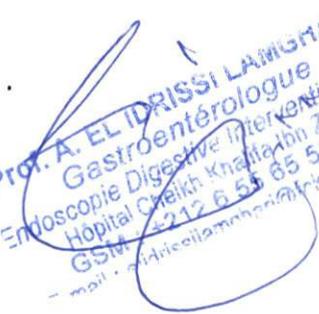
Casablanca, le lundi 14 septembre 2020

PATIENT : EL MEKKI Naima

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

*Crises douloureuses épigastrique avec vomissements, et migraine
déclenchées par le jeun+++*

Cachet et signature :


Prof. A. EL IDRISSI LAMSHAKI
Gastroentérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
Hôpital Cheikh Khalifa Zaid
GSM : +212 6 55 65 59 58
- mail : idricellamshaki@fckm-hck.ma

Casablanca, le jeudi 17 septembre 2020

PATIENT : EL MEKKI Naima

ÉCHODOPPLER DES VX DU COU

Céphalées récidivantes

Troubles mnésiques récents

Cachet et signature :


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. EL IBRAHIM SAGHARI ABENHACHEUR
Gastro-dermatologie endoscopie
digestive
107 06326

Date : 14 / 09 / 2012

Quittance - Paiement espèces 0508945

IPP :

D'admission : Montant : 3200DH

ent : EL MEISKI Maria

Cachet

